UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA-CRUZ

Desenvolvimento de escala para avaliar a qualidade de vida
de pessoas vivendo com HIV: parte 2

RIBEIRÃO PRETO

2019

MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA-CRUZ

Desenvolvimento de escala para avaliar a qualidade de vida
de pessoas vivendo com HIV: parte 2

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: Fundamentação teórica,
metodológica e tecnológica do processo de cuidar

Orientador: Dr^a Elucir Gir

RIBEIRÃO PRETO

2019

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.

ALMEIDA-CRUZ, MARIA CRISTINA MENDES DE

Desenvolvimento de escala para avaliar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV: parte 2. Ribeirão Preto, 2019.

159 p.: il.; 30 cm

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

Orientador: Dr^a Elucir Gir

1. HIV. 2. Qualidade de vida. 3. Inquéritos e Questionários. 4. Pesos e Medidas. 5. Estudos de Validação.

ALMEIDA-CRUZ, MARIA CRISTINA MENDES DE

Desenvolvimento de escala para avaliar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV: parte 2

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

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

O presente trabalho foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Processo N. 142029/2016-5.

Ao meu filho **Otto**, que ainda dentro
do meu ventre me ensinou a forma
mais linda do amor.

Ao meu esposo e companheiro de vida
Octaviano, pelas palavras de
encorajamento e incentivo nesta
caminhada. Obrigada por compreender
meus momentos ausentes e pelo apoio.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me conceder a vida, por estar comigo durante todo o meu caminhar e por me amparar em todos os momentos.

À Professora Doutora **Elucir Gir**, minha imensa gratidão por me orientar na realização deste trabalho e caminhar comigo nesta trajetória acadêmica desde a iniciação científica até o doutorado, agradeço pelos ensinamentos e pela orientação na busca do conhecimento. Meu eterno agradecimento, respeito e admiração.

Aos meus pais, **Washington Almeida e Cristina Mendes**, pelo amor incondicional, por estarem ao meu lado em todos os momentos e por serem meu alicerce.

À minha avó, **Maria Aparecida Gonçalves Mendes**, por sempre me esperar com muito carinho, pelo amor e pela preocupação.

A todas as **pessoas que vivem com HIV** participantes deste estudo, por dedicarem seu tempo e sua história e por contribuírem com a pesquisa no Brasil.

A **Carolina de Castro Castrighini**, amiga da pós-graduação para a vida, por compartilhar comigo a construção da ideia deste trabalho.

A Professora Doutora **Renata Karina Reis**, por sempre estar disposta a contribuir com o aperfeiçoamento deste estudo.

À Professora Doutora **Cláudia Benedita dos Santos**, pela assessoria estatística e contribuição para a formação do conhecimento sobre o processo de construção de instrumentos.

A **Natália Maria Vieira Pereira-Caldeira**, pelo companheirismo diário, por alegrar meus dias e por ser uma das melhores amizades que o doutorado me ofereceu.

À Doutora **Miyeko Hayashida** e ao **Jonas Bodrin**, pela orientação e assessoria estatística fundamentais para a conclusão desse trabalho.

À Professora Doutora **Fernanda Maria Vieira Pereira**, por todo ensinamento e colaboração com o direcionamento técnico-científico para o desenvolvimento desta escala.

A **Lis Aparecida de Souza Neves**, por apoiar a pesquisa e pela disposição em nos receber nas unidades de atendimento especializado.

Aos amigos da pós-graduação, **Juliano Caliari, Lílían Andreia Fleck, Laelson Milanês e Nádia Negrinho**, pela companhia, amizade e companheirismo diários.

Às **amigas de fora da pós-graduação**, pelo apoio e pela compreensão em meus momentos de ausência.

À **Flávia Danielly Oliveira Souza** pela amizade, atenção e apoio.

Aos **funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, pelo carinho.

Às Enfermeiras **Mariluce Nishihara Pinto Novaes, Aracele da Silva Nascimento Ferrais, Shirlei Aparecida Vitor e Rosana Moreira de Oliveira** pela receptividade, carinho, empatia e atenção.

À **Marcela Antonini** e a **Rita Aparecida Carvalho** que trabalharam comigo nesta caminhada e foram meu apoio na coleta.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo fomento concedido para a realização deste trabalho.

À **Universidade de São Paulo (USP)**, em especial à **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, por proporcionarem a oportunidade de desenvolvimento científico, produção de conhecimentos e práticas que respondam às necessidades sociais, influenciando nas transformações dos sistemas de cuidados, ensino e pesquisa no Brasil.

A todos os **profissionais de saúde** das Unidades onde estive, pela recepção de braços abertos e pelas contribuições para a realização deste estudo.

A **todos** que torceram por mim e me apoiaram na realização deste trabalho.

“A mente que se abre a uma nova ideia, jamais voltará ao seu tamanho original”

Holmes, Oliver Wendell (1858)

RESUMO

Almeida-Cruz, M. C. M. **Desenvolvimento de escala para avaliar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV: parte 2**. 2019. 159f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A presente investigação teve como objetivo realizar a parte dois do desenvolvimento da Escala QUALI-HIV, destinada a avaliar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV. O método desenvolvido caracteriza-se por um estudo metodológico, que contemplou as seguintes fases: Entrevistas com a população para compreender o significado de qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV; Validação de face e conteúdo 2 realizada por meio do comitê de juízes; Avaliação das propriedades psicométricas: análise fatorial exploratória; e, Análise Multitraço Multimétodo. A coleta de dados foi realizada nos Serviços de Atenção Especializada do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. A amostra foi composta por pessoas que vivem com HIV, maiores de 18 anos, que estavam em acompanhamento nos serviços especializados, e por especialistas na temática do HIV. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento de acordo com a fase em desenvolvimento. Os dados qualitativos foram analisados pelo software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, e os dados quantitativos, pelos softwares *Statistical Package for Social Science* versão 20 e *Multitrait Analysis Program*. Nas entrevistas, participaram 26 pessoas vivendo com HIV e emergiram quatro classes principais sobre a percepção de qualidade de vida: Classe 1 – Peculiaridades enfrentadas no tratamento; Classe 2 – Estigma e diminuição da autoestima; Classe 3 – Saúde como centro da Qualidade de vida; Classe 4 – Viver com expectativas. Na Validação de face e conteúdo 2, participaram cinco especialistas na temática. Os itens da Escala foram avaliados por meio do índice de validade de conteúdo, que apresentou a média de concordância $IVC=0,97$. A Análise fatorial exploratória contemplou 357 pessoas vivendo com HIV, e a análise das propriedades psicométricas resultou em dados satisfatórios em que foram extraídos quatro fatores, correspondendo à variância explicada de 39,98. O Fator 1, denominado “Impacto da infecção pelo HIV na qualidade de vida”, contempla 26 itens; o Fator 2, “Bem estar”, abarca 11 itens; o Fator 3, com três itens, está relacionado à “Atividade física”; e o Fator 4, de cinco itens, compreende a “Revelação diagnóstica “. Na Multitraço Multimétodo, participaram 103 pessoas vivendo com HIV. A análise resultou na maioria dos itens com valores aceitáveis de correlação para a validade convergente, e em relação à validade divergente, a Escala QUALI-HIV apresentou resultados satisfatórios, com ajuste de 96,6% da escala como um todo. Diante dos dados resultantes desta pesquisa, conclui-se que a escala desenvolvida apresenta propriedades psicométricas preliminares satisfatórias. A aplicabilidade desta escala poderá atuar como instrumento integrante no cuidar de pessoas vivendo com HIV, exercendo influência no direcionamento da atenção efetiva, de acordo com as necessidades individuais dessas pessoas.

Palavras-chave: HIV. Qualidade de Vida. Inquéritos e Questionários. Pesos e Medidas. Estudos de Validação. Estudos de Validação como Assunto. Psicometria.

ABSTRACT

Almeida-Cruz, M. C. M. **Development of a quality of life scale for assessment of people living with HIV: Part 2.** 2019. 159f. Thesis (Doctorate) – College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The objective of this study was to carry out part 2 of the development of the QUALI-HIV scale, aimed at assessing the quality of life of people living with HIV. The developed method is characterized by a methodological study, which included the following stages: Creation of the scale items: Interviews with the population to understand the meaning of quality of life for people living with HIV; Face and content validation 2 performed through the expert committee; Evaluation of psychometric properties: exploratory factor analysis; and Multitrait Multimethod Analysis. Data were collected in specialized care services of the city of Ribeirão Preto, in the state of São Paulo, Brazil. The sample was made up of people living with HIV, over 18 years of age, and who were being followed up in these specialized services and by HIV specialists. An instrument designed according to the development stage was applied for data collection. Qualitative data were analyzed using the *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ) software, and quantitative data were analyzed with the *Statistical Package for the Social Sciences* version 20 and the Multitrait Analysis Program. In the interviews 26 people living with HIV participated and four main classes emerged on the perception of quality of life: Class 1 – Singularities faced during treatment; Class 2 – Stigma and decreased self-esteem; Class 3 – Health at the center of quality of life; Class 4 – Living with expectations. Five experts on the theme participated in Face and content validation 2. The scale items were assessed by means of the content validity index, which provided the mean of agreement CVI=0.97. The Exploratory factor analysis included 357 people living with HIV, and the analysis of psychometric properties resulted in satisfactory data in which four factors were extracted, corresponding to the explained variance of 39.98. Factor 1, named "Impact of the HIV infection on quality of life", has 26 items; Factor 2, "Well-being", presents 11 items; Factor 3, with three items, regards "Physical activity"; and Factor 4, with five items, addresses the "Diagnosis revelation". In Multitrait Multimethod, a total of 103 people living with HIV participated. The analysis resulted in most of the items presented acceptable values of correlation to the converging validity, the QUALI-HIV scale presented satisfactory results, with a total adjustment of 96.6% of the scale. Given the data resulting from this research, it is concluded that the developed scale presents satisfactory preliminary psychometric properties. This applicability of this scale can serve as a tool in the care of people living with HIV, influencing the orientation of effective care, according to the individual needs of this population.

Keywords: HIV. Quality of Life. Surveys and Questionnaires. Weights and Measures. Validation Studies. Validation Studies as Topic. Psychometrics.

RESUMEN

Almeida-Cruz, M. C. M. **Desarrollo de escala para evaluación de calidad de vida de portadores de VIH: parte 2.** 2019. 159f. Thesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Esta investigación tuvo como objetivo ejecutar la segunda parte del desarrollo de la Escala QUALI-HIV, cuyo fin es evaluar la calidad de vida de los portadores de VIH. El método aplicado se constituyó de un estudio metodológico, contemplándose las siguientes fases: Entrevistas con la población para comprender el significado de calidad de vida para las personas que viven con el VIH; Validación de apariencia y contenido 2 realizada a través del comité de expertos; Análisis factorial exploratorio : análisis de las propiedades psicométricas; y Análisis Multirrasgo-Multimétodo. Datos recolectados en los servicios de atención especializada del municipio de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. Muestra integrada por personas portadoras de VIH, mayores de 18 años, en seguimiento en los servicios especializados y por parte de especialistas en VIH. Para recolectar los datos se utilizó un instrumento acorde con la fase en desarrollo. Los datos cualitativos fueron analizados mediante software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, y los cuantitativos a través del software *Statistical Package for Social Science* versión 20 y *Multitrait Analysis Program*. Participaron 26 personas que viven con el VIH en las entrevistas, y surgieron cuatro clases principales respecto de percepción de la calidad de vida: Clase 1 – Particularidades enfrentadas en el tratamiento; Clase 2 – Estigma y disminución de la autoestima; Clase 3 – Salud como eje de la calidad de vida; Clase 4 – Vivir con expectativas. En la Validación de cara y contenido 2, participaron cinco especialistas en el tema. Los ítems de la Escala fueron evaluados mediante índice de validez de contenido, que expresó media de concordancia IVC=0,97. El análisis factorial exploratorio incluyó a 357 personas que viven con el VIH, y el análisis de las propiedades psicométricas arrojó resultados satisfactorios en los que se extrajeron cuatro factores, correspondiendo a la varianza explicada de 39,98. El Factor 1, denominado "Impacto de la infección por VIH en la calidad de vida", contempla 26 ítems; el Factor 2, "Bienestar", abarca 11 ítems; el Factor 3, con tres ítems, se relaciona con la "Actividad física"; y el Factor 4, de cinco ítems, apunta a la "Revelación diagnóstica". En la Multirrasgo-Multimétodo participaron 103 personas que viven con el VIH. El análisis resultó en la mayoría de los ítems expresó valores aceptables de correlación para la validez convergente, y respecto de la validez divergente, la Escala QUALI-HIV demostró resultados satisfactorios, con ajuste del 96,6% de la escala en su conjunto. Considerando los datos resultantes del estudio, se concluye en que la escala desarrollada presenta propiedades psicométricas preliminares satisfactorias. Podrá aplicarse como instrumento agregado en la atención de portadores de VIH, influyendo en la dirección de la atención efectiva en función de las necesidades particulares de estas personas.

Palabras clave: VIH. Calidad de Vida. Encuestas y Cuestionarios. Pesos y Medidas. Estudios de Validación. Estudios de Validación como Asunto. Psicometría.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Prevalência de HIV, por regiões no mundo, em adultos com idade entre 15 e 49 anos.....	24
Figura 2	Incidência de novas infecções de HIV no Brasil entre os anos de 1990 e 2018.....	25
Figura 3	Taxa de detecção de aids (x100 mil hab.) e percentual de declínio ou incremento, segundo o distrito de residência, por ano de diagnóstico.....	26
Figura 4	Mandala da Prevenção Combinada.....	29
Figura 5	População estimada do município de Ribeirão Preto, SP em 2019.....	56
Figura 6	Distribuição dos Serviços de Atendimento Especializado por distritos do município de Ribeirão Preto, SP	58
Figura 7	Dendograma das Classes (IRAMUTEQ).....	75
Figura 8	Distribuição da revelação diagnóstica em relação às décadas de epidemia do HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	88
Figura 9	Distribuição da revelação diagnóstica em relação às décadas de epidemia do HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição temporal das fases de desenvolvimento da Escala QUALI-HIV, Ribeirão Preto, SP, 2016 a 2019.....	61
Quadro 2	Caracterização dos membros que compuseram a reunião consensual 2 da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	78
Quadro 3	Avaliação dos itens por especialistas na segunda reunião consensual do desenvolvimento da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	79
Quadro 4	Resultado dos testes de Kaiser- Meyer-Olkin e o teste de Esfericidade de Bartlett da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	92
Quadro 5	Descrição dos itens excluídos após a primeira análise. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	96
Quadro 6	Alocação dos itens da Escala QUALI-HIV em seus respectivos fatores. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das entrevistas realizadas na fase 1 da construção da Escala QUALI-HIV por unidade de atendimento especializado às pessoas vivendo com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2016.....	71
Tabela 2	Distribuição da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis idade e tempo de diagnóstico dos participantes da fase de elaboração dos itens da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2016.....	71
Tabela 3	Caracterização socioeconômica dos participantes da fase de elaboração dos itens no desenvolvimento da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2016.....	72
Tabela 4	Descrição do uso de códon antes e após o diagnóstico do HIV em relação ao sexo, orientação sexual e condição sorológica do parceiro. Ribeirão Preto, SP, 2016.....	73
Tabela 5	Características clínicas e laboratoriais dos participantes da fase de elaboração dos itens da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2016.....	74
Tabela 6	Classificações da Escala Quali-HIV, escala de 51 itens por cinco especialistas: itens classificados como 3 ou 4 na escala de relevância de 4 pontos, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	82
Tabela 7	Distribuição das entrevistas realizadas na fase 3 da construção da Escala QUALI-HIV por unidades de atendimento especializado às pessoas vivendo com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	83
Tabela 8	Distribuição da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis idade e tempo de diagnóstico dos participantes da fase de análise das propriedades psicométricas da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018....	83

Tabela 9	Caracterização socioeconômica dos participantes da fase de análise das propriedades psicométricas da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	84
Tabela 10	Descrição do uso de códon antes e após o diagnóstico do HIV em relação ao sexo, orientação sexual e condição sorológica do parceiro. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	85
Tabela 11	Distribuição da renda mensal individual e familiar, e o número de pessoas que residem na mesma casa. Ribeirão Preto, SP, 2018..	86
Tabela 12	Orientação sexual em relação ao sexo dos participantes da fase de análise das propriedades psicométricas da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	87
Tabela 13	Descrição das características clínicas e laboratoriais em relação ao sexo, de pessoas que vivem com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	89
Tabela 14	Descrição dos esquemas de medicamentos antirretrovirais utilizados pelas pessoas vivendo com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.	90
Tabela 15	Descrição das variáveis comorbidades e coinfeção de pacientes vivendo com HIV que compuseram a fase de análise psicométricas da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	91
Tabela 16	Variância explicada dos fatores da Escala QUALI-HIV de acordo com a primeira Análise Fatorial Exploratória. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	93
Tabela 17	Matriz de cargas fatoriais e comunalidades da Escala QUALI-HIV. 51 Itens. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	95
Tabela 18	Variância explicada dos fatores da Escala QUALI-HIV de acordo com a segunda Análise Fatorial Exploratória. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	98

Tabela 19	Descrição do Alfa de Cronbach pelos fatores segundo agrupamento proposto pela AFE. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	100
Tabela 20	Descrição do Efeito Floor e Ceiling dos itens da Escala QUALI-HIV, Fase 3. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	100
Tabela 21	Distribuição das entrevistas realizadas na fase 4 da construção da Escala QUALI-HIV por unidades de atendimento especializado às pessoas vivendo com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	102
Tabela 22	Distribuição da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis idade e tempo de diagnóstico dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	102
Tabela 23	Caracterização socioeconômica dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	102
Tabela 24	Distribuição da renda mensal individual e familiar, e o número de pessoas que residem na mesma casa dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	104
Tabela 25	Orientação sexual em relação ao sexo dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	104
Tabela 26	Descrição do uso de códon antes e após o diagnóstico do HIV em relação ao sexo, orientação sexual e condição sorológica do parceiro, dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019....	105
Tabela 27	Descrição das características clínicas e laboratoriais em relação ao sexo, de pessoas que vivem com HIV que participaram da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	106

Tabela 28	Descrição das variáveis comorbidades e coinfeção de pacientes vivendo com HIV que compuseram a fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	107
Tabela 29	Descrição dos esquemas de medicamentos antirretrovirais utilizados pelas pessoas vivendo com HIV que participaram da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	109
Tabela 30	Valores do Coeficiente de Correlação de Pearson entre os itens e os fatores da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	109
Tabela 31	Resultado na análise MAP para os fatores da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	111
Tabela 32	Descrição do Efeito <i>Floor and Ceiling</i> dos itens da Escala QUALI-HIV, Fase 4. Ribeirão Preto, SP, 2019.....	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	Análise fatorial exploratória
ARV	Antirretroviral
CEP	Comitê de ética em pesquisa
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
IST	Infecções Sexualmente transmissíveis
IVC	Índice de validade de conteúdo
IVC-I	Índice de validade de conteúdo do item
IVC-S	Índice de validade de conteúdo da escala total
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MAP	<i>Multitrait Analysis Program</i>
MTMM	Análise multitraço-multimétodo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
QV	Qualidade de vida
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBDS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS

Cel/mm ³	Células por milímetro cúbico
IC 95%	Intervalo de confiança com 95% de confiança
p	Valor de p
%	Porcentagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
1.1 Epidemiologia.....	23
1.2 Diagnóstico e prevenção.....	28
1.3 Tratamento.....	30
1.4 Qualidade de vida e instrumentos de medida.....	33
1.5 Escala para avaliar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV: parte 1.....	37
2 QUESTÃO DE PESQUISA.....	38
3 OBJETIVOS.....	40
3.1 Objetivo geral.....	41
3.2 Objetivos específicos.....	41
4 HIPÓTESES DO ESTUDO.....	42
5 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	44
5.1 Referencial teórico.....	45
5.2 Referencial metodológico.....	45
5.3 Elaboração de instrumentos.....	47
5.3.1 Geração dos itens.....	47
5.3.2 Pesquisa bibliográfica.....	47
5.3.3 Entrevista com a população.....	47
5.3.3.1 Tamanho da amostra.....	48
5.3.4 Entrevistas com especialistas.....	48
5.3.5 Regras de construção de itens.....	49
6 MATERIAL E MÉTODOS.....	54
6.1 Desenho do estudo.....	55
6.2 Local do estudo.....	55
6.3 Participantes e amostra do estudo.....	58
6.3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	58
6.3.2 Amostra.....	59
6.4 Coleta de dados.....	60
6.5 Instrumentos para coleta de dados.....	61

6.6 Entrevistas com a população.....	62
6.7 Validade de face e conteúdo 2.....	63
6.8 Análise fatorial exploratória.....	64
6.9 Análise Multitraço Multimétodo.....	65
6.10 Análise estatística dos dados.....	66
6.10.1 Entrevistas com a população.....	66
6.10.2 Validade de face e conteúdo 2.....	66
6.10.3 Análise fatorial exploratória.....	67
6.10.4 Análise Multitraço Multimétodo.....	68
6.11 Aspectos éticos.....	68
7 RESULTADOS.....	70
7.1 Entrevista com a população.....	71
7.1.1 Classe 1 – Peculiaridades enfrentadas no tratamento.....	75
7.1.2 Classe 2 – Estigma e diminuição da autoestima.....	76
7.1.3 Classe 3 – Saúde como centro de qualidade de vida.....	76
7.1.4 Classe 4 – Viver com expectativas.....	77
7.2 Validade de face e conteúdo 2.....	78
7.3 Avaliação das Propriedades Psicométricas.....	83
7.3.1 Caracterização dos participantes da Análise fatorial exploratória.....	83
7.3.2 Análise fatorial exploratória.....	91
7.3.3 Confiabilidade.....	100
7.3.4 Análise do efeito floor e ceiling 1.....	100
7.3.5 Caracterização dos participantes da Análise multitraço multimétodo.....	101
7.3.6 Análise da estrutura fatorial.....	109
7.4.2 Análise do efeito floor e ceiling 2.....	111
8 DISCUSSÃO.....	113
9 CONCLUSÃO.....	126
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS.....	130
APÊNDICES.....	144
APÊNDICE A – Formulário de caracterização dos participantes, PVHIV.....	145
APÊNDICE B - Questionário estruturado para as entrevistas.....	147

APÊNDICE C - Formulário de caracterização dos membros do comitê de juízes.....	147
APÊNDICE D – Roteiro para o comitê de juízes.....	147
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as entrevistas com as PVHIV.....	148
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o comitê de juízes.....	149
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o estudo de campo.....	150
ANEXOS.....	151
ANEXO A.....	152
ANEXO B.....	153
ANEXO C.....	156
ANEXO D.....	157

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia

A aids é a manifestação clínica da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). É uma doença crônica, debilitante e contagiosa que gera forte imunossupressão associada ao surgimento de infecções oportunistas (COSTA et al., 2006; CASTRO; RIBEIRO; SOUZA, 2017).

O HIV é um retrovírus, pertencente à subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus atingem as células TCD4+, responsáveis pela defesa do nosso corpo, alteram o DNA delas, multiplicam-se e alcançam outras células para se replicar. Podem alcançar o sistema nervoso e causar supressão do sistema imune (BRASIL, 2019).

O vírus está presente nos fluidos corporais de indivíduos infectados, de forma que a transmissão do HIV pode ocorrer por meio do contato com sangue, pelo compartilhamento de objetos perfurocortantes contaminados ou por transfusão sanguínea; por meio da gestação ou aleitamento materno e também por meio das mucosas dos órgãos sexuais, que durante o ato sexual (vaginal, anal ou oral) desprotegido, pode causar microfissuras, muitas delas invisíveis a olho nu, promovendo a contaminação da mucosa genital pelo vírus (UNAIDS, 2017; BRASIL, 2017). Portanto, a transmissão do HIV não acontece diante do convívio cotidiano, como o contato por abraço, beijo, aperto de mão ou compartilhamento de objetos, nem tampouco água ou comida de indivíduos infectados (UNAIDS, 2017).

Ainda que não tenha sua origem definida, os primeiros casos da doença foram identificados na África central, Estados Unidos e Haiti em 1980, e a hipótese mais aceitável é a de que o vírus tenha se difundido de populações de primatas para o ser humano (FORATTINI, 1993; IOC, 2019).

Desde então, o vírus se propagou por todo o mundo. No Brasil, o primeiro caso de doença classificado como aids foi notificado em São Paulo, em 1982 (IOC, 2019). Atualmente, estima-se que 36,7 milhões de pessoas no mundo estejam vivendo com o HIV até o final de 2017, sendo que, destas, 34,7 milhões são adultos (OMS, 2018).

No cenário mundial, calcula-se que 0,8% da população adulta, entre 15 e 49 anos, esteja infectada pelo HIV; entretanto, o impacto da epidemia varia de acordo com a região. Por exemplo, na região africana, a epidemia revela-se por altas taxas de infecção, representada por aproximadamente 1 em cada 25 adultos (4,1%) vivendo

com o vírus, e dois terços das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no mundo (OMS, 2018).

Em segundo lugar, a região das Américas apresenta estimativa de 0,5% (0,4% – 0,6%) de acometimento do HIV em adultos, seguida pela região da Europa, onde se avalia uma taxa de 0,4% (0,4%-0,4%) (OMS, 2018) (cf. figura 1).

Figura 1 – Prevalência de HIV, por regiões no mundo, em adultos com idade entre 15 e 49 anos

Fonte: WHO (2018).

Na América Latina, segundo o relatório da UNAIDS (2019), estima-se que 1.9 milhão (1.6 milhão–2.4 milhões) de pessoas vivam com HIV, sendo cem mil (79.000–130.000) novos casos. O Brasil representou a estimativa em 53% dos novos casos de infecção da América Latina, isto é, em 53 mil (42-65.000) (cf. figura 2).

Figura 2 – Incidência de novas infecções de HIV no Brasil entre os anos de 1990 e 2018

Fonte: UNAIDS (2019)¹.

No Brasil, no ano de 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de aids, com taxa de detecção de 18,3 por 100.000 habitantes. No período de 2007 a junho de 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 247.795 casos de infecção pelo HIV, sendo 117.415 (47,4%) na região Sudeste, 50.890 (20,5%) na região Sul, 42.215 (17,0%) na região Nordeste, 19.781 (8,0%) na região Norte e 17.494 (7,1%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2018a).

No país, entre 1980 e junho de 2018, foram detectados 926.742 casos de aids. Entretanto, o número anual da doença apresenta declínio nos últimos cinco anos, visto que, em 2013, foram registrados 43.269 casos e, em 2017, os dados mostram 37.791 PVHIV (BRASIL, 2018a).

Na figura 3, é possível observar o declínio dos registros de caso de aids entre os anos de 2007 e 2017, em dez dos 27 distritos no Brasil. O estado do Acre apresentou a menor taxa 8,8 casos por 100.000 habitantes, abaixo da média nacional (18,3 / 100 mil habitantes) (BRASIL, 2018a).

¹ Cf. <<http://aidsinfo.unaids.org/>>.

Figura 3 – Taxa de detecção de aids (x100 mil hab.) e percentual de declínio ou incremento, segundo o distrito de residência, por ano de diagnóstico

Fonte: BRASIL (2018a).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018) mais de um milhão de pessoas infectadas pelo vírus morre anualmente sem ter conhecimento da condição de infectado ou por iniciar o tratamento muito tarde.

Em 2017, foram registrados no Sistema de informação por mortalidade no Brasil 11.463 óbitos por causa básica aids, com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,8 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 15,8% entre 2014 e 2017; tal declínio foi associado à recomendação do “tratamento para todos” e da ampliação do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (BRASIL, 2018a).

Diante da magnitude epidemiológica da infecção pelo HIV e de sua condição infecciosa emergente, a aids é considerada um problema de saúde pública mundial.

Acrescenta-se ainda, a sua relevância, transcendência e danos provocados às pessoas que vivenciam esta condição (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2011; OPAS, 2017)

Neste cenário, a ONU estabelece metas para o combate do avanço da infecção e diminuição do agravo de saúde para as pessoas já infectadas. O Brasil assumiu perante a ONU a meta conhecida como “90-90-90”, segundo a qual ficou determinado que, até o ano de 2020, o país deve ter 90% das pessoas com HIV diagnosticadas; deste grupo, 90% seguindo o tratamento; e, dentre elas, 90% com carga viral indetectável, além de melhorar a qualidade de vida (QV) das PVHIV. Nesse sentido, a meta mundial prevê novas infecções, limitadas a quinhentas mil ao ano, e zero discriminação (UNAIDS, 2015).

Em decorrência dessa meta, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) apresentou um relatório com progresso rumo à meta “90-90-90” e destacou que, em 2018, 79% (67-92%) das PVHIV no mundo tinham conhecimento do seu estado sorológico positivo para a infecção. Destas, 62% (47—74%) tinham acesso ao tratamento e 53% (43—63%) apresentavam carga viral indetectável (UNAIDS, 2019).

Somando-se, a isso, ações de complementação ao combate do HIV foram implementadas por meio da Agenda 2030, a qual apresenta 17 objetivos para transformar o mundo. O terceiro deles dispõe sobre “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Nesse objetivo, o subitem 3.3 estabelece a meta de, até o ano de 2030, acabar com as epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, além de combater a transmissão da hepatite, e de outras doenças. Essas ações ocorrem pela implementação de programas e diretrizes com vistas a orientar o trabalho das Nações Unidas na busca de melhores condições para a humanidade (ONU, 2015).

Essa agenda surgiu como complemento aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se baseiam nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A agenda reflete os novos desafios de desenvolvimento e está ligada ao resultado da Rio+20 - a Conferência da ONU sobre Desenvolvimento Sustentável – que foi realizada em junho de 2012 no Rio de Janeiro, Brasil (UNAIDS, 2015).

1.2 Diagnóstico e prevenção

Ter conhecimento do seu *status* sorológico positivo para o HIV o quanto antes pode aumentar a sobrevida da pessoa que vive com o vírus, uma vez que ao ser diagnosticada terá acesso ao tratamento impactando na melhoria da sua QV, além de favorecer a quebra da cadeia epidemiológica de transmissão do vírus por meio da adesão à medidas preventivas (MOROSKOSKI et al., 2018; BRASIL, 2018b).

O HIV tipo 1 foi isolado pela primeira vez na América Latina em 1987 por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC, 2019). Entretanto, o exame diagnóstico não era de acesso gratuito no Brasil, pois não fazia parte das políticas públicas de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi a partir da década de 1990 diante de um convênio estabelecido entre o governo brasileiro e o banco mundial que houve estruturação dos serviços de saúde e facilitação ao diagnóstico, sendo este gratuito. Ele é disponibilizado nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (BERKMAN et al., 2005; BRASIL, 2018b).

Desde o início da epidemia da aids, no Brasil o preservativo (*condom* ou *camisinha*), é a principal forma de prevenção da infecção do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) como hepatites B e C, sífilis, infecção pelo papiloma vírus humano, entre outras, por ser o mais conhecido e acessível método pela população. Há disponíveis opções de preservativos que atendem a anatomia genital feminina e a masculina (BRASIL, 2019). Apesar disso, ao longo do tempo, esforços vêm sendo feitos, e outras estratégias de prevenção surgem como ferramentas complementares e efetivas no enfrentamento da epidemia de HIV (UNAIDS, 2017b). Um exemplo é a “Prevenção combinada”, cujas estratégias são ofertadas por um conjunto de medidas que ampliam as opções que os indivíduos têm para se prevenir contra o vírus, e oferecem novas alternativas comportamentais e biomédicas cientificamente eficazes, além dos preservativos masculinos e femininos (cf. Figura 4). Entre as novas estratégias, destacam-se o uso do Tratamento como prevenção (TasP, em inglês, ou TcP, em português), a Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) (UNAIDS, 2017b).

Figura 4 – Mandala da Prevenção Combinada

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

No Brasil, as ações públicas de saúde no enfrentamento do HIV não ocorrem isoladamente, mas baseiam-se em políticas capazes de reconhecer os fatores de risco do indivíduo nos diferentes cenários em que ele está inserido, por meio da identificação das diversas situações socioculturais, econômicas e políticas (BRASIL, 2017b).

No que se refere à transmissão vertical, de mãe para filho, as ações consistem na realização de exames periódicos de anti-HIV durante o período de realização de pré-natal, para o diagnóstico precoce. As gestantes que forem diagnosticadas positivas neste período devem iniciar o tratamento com antirretroviral (ARV) o quanto antes. E logo após o nascimento, o recém-nascido também recebe o tratamento com ARV por um período determinado pelo médico. Além desses cuidados, recomenda-se que o recém-nascido não seja amamentado pelo leite materno da mãe infectada (BRASIL, 2019).

Para a prevenção com vistas à fase da adolescência, são escassos os serviços específicos a esta população. Desta forma, seu acesso às estratégias de prevenção e cuidados de saúde ocorre de forma singular, ocorrendo sua oferta nos serviços pediátricos, pré-natais e adultos (BRASIL, 2017b).

1.3 Tratamento

O acesso universal e gratuito ao tratamento de HIV no Brasil é uma das facetas mais conhecidas no combate à epidemia da AIDS pelo programa na rede pública de saúde no país.

Observa-se, nos primórdios dos medicamentos contra o HIV, o uso da monoterapia, isto é, a oferta de um medicamento no combate ao vírus. No Brasil, a distribuição gratuita dos medicamentos ARV constam desde 1991. No entanto, foi a partir de 1996, após a XI Conferência Internacional de AIDS, realizada no Canadá, que se instituiu a terapia combinada, conhecida por “coquetel”, uma combinação de três medicamentos, Tenofovir, Lamivudina e Efavirenz. Ela foi implementada e disponibilizada universalmente a todos os indivíduos que necessitavam do tratamento. A distribuição dos medicamentos pelo sistema público de saúde tornou-se obrigatória no Brasil por meio da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 (MS, 1999).

A gratuidade e a universalidade do tratamento tiveram grande impacto na sobrevida e na QV das PVHIV, uma vez que reduziu o número de óbitos relacionados à doença, além de ter diminuído os custos de internações hospitalares e com o tratamento de infecções oportunistas (MS, 2001; BRASIL, 2012)

No entanto, o início do tratamento devia seguir os critérios estabelecidos. Desta forma, a administração dos ARV era realizada de acordo com os parâmetros laboratoriais dos pacientes infectados, como a contagem de linfócitos LT-CD4+ circulantes por mm³, a carga viral (quantidade de vírus circulantes no sangue) e as condições clínicas do paciente (BRASIL, 2012).

No decorrer dos anos, ocorreram avanços no tratamento e modificações foram realizadas nas recomendações para uso da terapia antirretroviral (TARV). Em 2013, o Protocolo Clínico e Diretrizes de Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos instituiu nova diretriz no tratamento de HIV, de modo que a indicação da TARV deveria contemplar todos os indivíduos infectados, independentemente de suas características clínicas e laboratoriais (BRASIL, 2013b).

Observa-se que o início precoce do tratamento com a TARV, mesmo em indivíduos assintomáticos, pode atuar na elevação dos níveis de células LT-CD4+ e assim impactar na expectativa de vida, assemelhando-a à da população geral. Evidências demonstraram também o declínio de morbimortalidade quando a terapia é introduzida precocemente, além da redução da transmissão do HIV (BRASIL, 2013b).

O propósito fundamental da TARV é diminuir a mortalidade e a morbidade decorrentes da infecção pelo HIV. Dessa forma, controlar a replicação viral, de modo a suprimir sua replicação resulta no reestabelecimento da função imune e, com isso, na diminuição do aparecimento de infecções e neoplasias oportunistas (BRASIL, 2012).

Estudos apontam ainda a influência positiva do uso dos ARV no bem-estar físico, impactando na melhoria da QV das PVHIV (FRANCOLINO et al., 2010; GALVÃO et al., 2015; SILVA et al., 2014). Soma-se a isso a melhoria das condições clínicas e emocionais, resultando no aumento da sobrevida (TANCREDI; WALDMAN, 2014).

Diante dos avanços terapêuticos, mesmo sendo considerada uma doença incurável, com o aparecimento das novas classes medicamentosas no controle do HIV, novo panorama surge em relação à doença e ela evolui de doença fatal e incurável para uma condição de doença crônica (SYED et al., 2015).

Por outro lado, com o advento da TARV, novos desafios sobrevêm no combate ao HIV, emergindo, entre eles, o problema da adesão ao tratamento (BONOLO et al., 2007; BRASIL, 2008).

Aderir ao tratamento consiste em cumprir diversos fatores, como a realização de exames e a retirada dos medicamentos ARV conforme orientações da equipe de saúde; comparecimento às consultas médicas sistematicamente conforme protocolo de tratamento; utilização adequada dos medicamentos ARV da forma mais próxima possível àquela prescrita pela equipe de saúde, respeitando as doses, horários e outras indicações (BRASIL, 2017).

A adesão deve ocorrer por meio de um processo colaborativo, considerando o cotidiano da PVHIV, para facilitar a aceitação e a integração de determinado esquema terapêutico da pessoa em tratamento, e incluindo sua participação nas decisões sobre a terapia (BRASIL, 2008).

No que se refere aos medicamentos em uso no país, eles contemplam cinco classes de drogas atuantes no combate ao vírus nas diferentes etapas da replicação viral, e consistem em 18 medicamentos que são combinados entre si (BRASIL, 2012).

A primeira classe compreende os chamados Inibidores de Nucleotídeos da Transcriptase Reversa (INTR), que atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA criada pelo HIV, tornando-a defeituosa e impedindo a replicação viral. Essa classe é composta pela zidovudina (AZT), o Abacavir (ABC), a Didanosina (ddl), a Estavudina (d4T), a Lamivudina (3TC) e o Tenofovir (TDF).

Outra classe é a dos Inibidores não Nucleotídeos da Transcriptase Reversa (INNTR). Esses medicamentos bloqueiam a ação da enzima transcriptase reversa impedindo a replicação viral. São eles: o Efavirenz (EFV), a Nevirapina (NVP) e a Etravirina (ETV).

A terceira classe é composta pelos inibidores de protease (IP), que atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV. São eles: o Fosamprenavir (FPV), o Atazanavir (ATV), o Darunavir (DRV), o Indinavir (IDV), o Lopinavir/r (LPV/r), o Nelfinavir (NFV), o Ritonavir (RTV) e o Saquinavir (SQV).

Na quarta classe, estão os Inibidores de Fusão (IF), os quais impedem a fusão do HIV ao linfócito T-CD4+. Está nessa classe a Enfuvirtida (T20). Por fim, a quinta classe é a dos Inibidores da Integrase que atuam na enzima integrase, inibindo a atividade catalítica desta, a qual é necessária para replicação viral. Consta nessa categoria o Raltegravir (RAL) (BRASIL, 2012).

A TARV pode desencadear alguns efeitos colaterais indesejáveis, sintomas geralmente temporários, que aparecem no início do tratamento, mas, com o decorrer do tempo, tendem a desaparecer. Os sintomas mais comuns são: diarreia, vômitos, náuseas, *rash* cutâneo (vermelhidão), agitação, insônia e sonhos. No entanto, esses efeitos não são observáveis em todas as pessoas em tratamento, podendo estar relacionados a outras características individuais (BRASIL, 2012).

A longo prazo, o uso prolongado do medicamento, resultante da ação inflamatória do HIV no organismo e da toxicidade dos medicamentos, pode resultar em outros efeitos indesejáveis, somados ao estilo de vida, à idade e às características genéticas do indivíduo (BRASIL, 2012). No decorrer da última década, tem sido observado, especialmente, o aparecimento da lipodistrofia, das doenças

cardiovasculares (DCV) e das alterações metabólicas nas PVHIV em uso prolongado de ARV (BRASIL, 2012).

No entanto, a utilização do tratamento como prevenção tem sido reconhecida como uma das mais importantes estratégias de saúde pública para o controle da transmissão do HIV (HULL et al., 2014; COHEN et al., 2011; MONTANER et al., 2010).

As mudanças na trajetória da infecção impactaram na melhoria da adesão à TARV altamente ativa assim como sua ampla distribuição para as PVHIV (CAMPOS; CÉSAR; GUIMARÃES, 2009; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Por outro lado, não aderir à TARV, ou mesmo, usá-la incorretamente é tido como ameaça para a efetividade do tratamento e da QV dos infectados pelo HIV, uma vez que pode resultar na resistência do vírus, e contribuir para o aumento da mortalidade e morbidade (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, o monitoramento clínico das PVHIV, incluindo um conjunto de cuidados contínuos, torna-se essencial para se conhecerem os esforços necessários a maximizar os efeitos das intervenções e nortear as ações para conter o avanço da epidemia de HIV/aids (NOSYK et al., 2014).

Fatores como medo, discriminação e estigma são apontados pelas PVHIV como barreiras para iniciar e aderir à terapêutica medicamentosa proposta, além de falhas nos serviços de saúde, pobreza e inequidade de gênero (UNAIDS, 2012).

Pesquisas também apontaram que questões sociais, ambientais, culturais e psicológicas, bem como características intrínsecas ao tratamento são frequentemente relacionadas à adesão medicamentosa (KIPP et al., 2011). Soma-se a isso, que apesar das melhorias oriundas do advento dos ARV, estudos apontam que a QV é afetada em PVHIV (ALONSO et al., 2018).

1.4 Qualidade de vida e instrumentos de medida

Um dos primeiros aparecimentos referentes a QV na história ocorreu antes da era cristã. Mesmo que o termo QV não existisse há dois mil anos, Aristóteles, menciona que qualquer pessoa imagina uma “boa vida” como sinônimo de “ser feliz”. Essa “boa vida” representa diferentes significados para diferentes pessoas, a depender da situação atual de cada um (FAYERS; MACHIN, 2007).

Mas foi nos Estados Unidos da América, no período pós-guerra, que o termo voltou a ser mencionado com maior ênfase. Sua conotação inicial referia-se à riqueza material, evidenciada pela posse de bens de consumo, como carros e casas. Posteriormente, o significado do termo foi ampliado para denotar educação, saúde e bem-estar, crescimento econômico e industrial, e defesa de um “mundo livre” (CARR; THOMPSON; KIRWAN, 1996).

A menção específica de QV associada à saúde dos pacientes emerge diante da declaração de saúde, pela Organização Mundial da Saúde (1948), que enfatiza a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente uma condição de ausência de doença (OMS, 1995).

A QV é um construto subjetivo e multidimensional, cuja definição é variável, já que está relacionada à percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde em grandes domínios ou dimensões de sua vida (TAVARES; DIAS, 2012; FITZPATRICK et al., 1992; FERRAZ, 1998).

Diversos autores buscam conceituar este construto, porém não há um consenso referente a sua definição. Por outro lado, pesquisadores concordam que QV é um conceito dinâmico e multifatorial, estando relacionado às experiências individuais (LANDEIRO et al., 2011; CARR; WHO, 1995; THOMPSON; KIRWAN, 1996; FONSECA et al., 2005).

Fleck et al., (1999) afirmam que, em diferentes culturas, os *experts* concordam que três pontos fundamentais envolvem o construto QV: subjetividade; multidimensionalidade; e presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor).

A Organização Mundial da Saúde apresenta o conceito de QV como a “percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto de sua cultura e o sistema de valores em que ele vive e em relação a suas expectativas, suas preocupações e seus padrões”. Trata-se de uma definição ampla, que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e suas relações com as características salientes do indivíduo no meio ambiente (WHO, 1993; WHO 1994). Desta forma, a QV engloba as dimensões, de bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, saúde, educação, habitação e saneamento básico (WHO, 1995).

O interesse pelo conceito de QV na saúde torna-se cada vez mais crescente e, com ele, surge a construção de instrumentos que visam mensurar esse construto (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; FONSECA et al., 2005; SEIDL; ZANNON, 2004). Acredita-se que avaliar a QV é uma ferramenta que oferece indicadores da eficácia, eficiência e impacto dos tratamentos aos pacientes, além de servir como dispositivo para comparar procedimentos e dimensionar custos e benefícios. Com isso, proporciona subsídios para implementar ações de saúde com vistas a promover melhor QV à população (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; SEIDL; ZANNON, 2004).

Na literatura sociomédica, a QV tem sido equiparada a uma variedade de termos, incluindo a satisfação da mulher (BROWN; RAWLINSON; HILLES, 1981), a autoestima (ZILLER, 1974), o bem-estar (FLETCHER; BULPITT, 1985), a felicidade (SHINN; JOHNSON, 1978), a saúde (FRANK-STROMBORG, 1984), entre outros.

Situações relacionadas à QV têm sido comumente avaliadas em pessoas que convivem com doenças crônicas, como aquelas com HIV/aids (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Logo, com a nova era da cronicidade, proporcionada pela TARV ocasionando o aumento da sobrevida e a diminuição das infecções oportunistas e internações hospitalares, a QV de PVHIV pôde ser modificada, devido às próprias implicações da doença e ao diagnóstico que influencia as expectativas quanto a si próprio e ao meio em que vive (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2005; REIS et al., 2011).

Avaliar a QV de PVHIV é um recurso fundamental, uma vez que a revelação do diagnóstico de uma IST, incurável e estigmatizante, com implicações biopsicossocioculturais, reflete negativamente na vida desses indivíduos (HERRMANN et al., 2013).

Ainda assim, a avaliação da QV pode ser utilizada para acompanhar o avanço da infecção pelo HIV/aids ou mesmo o efeito da doença no cotidiano da PVHIV, ao identificar os aspectos ou dimensões da QV que estão comprometidos por intervenções diretas ou pelas mudanças durante a história natural da doença (O'CONNELL; SKEVINGTON; SAXENA, 2003).

A QV desta população não está relacionada apenas à possibilidade de uma vida longa, mas pode ser influenciada pela falta de recursos sociais e econômicos, pela vivência de situações de abandono, pela sexualidade e pela ruptura de relações afetivas (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

Diante da crescente preocupação com a QV e a busca de instrumentos que a avaliassem, a Organização Mundial da Saúde, a partir de um projeto multicêntrico intitulado *The World Health Organization Quality of Life Project*, desenvolveu um instrumento de avaliação de QV, composto por 100 itens (OMS, 1995), chamado de WHOQOL-100.

Além disso, a OMS iniciou seu trabalho na avaliação da QV como forma de reafirmar seu compromisso com a promoção de uma abordagem holística para a saúde e os cuidados de saúde. Cuidado em saúde é essencialmente uma transação humanística entre um profissional de saúde e um paciente, na qual o bem-estar do paciente é o objetivo principal (OMS, 1995).

O uso de instrumentos genéricos apresenta vantagens pelo fato de estes serem abrangentes e aplicáveis a uma gama de estados patológicos. Porém, eles são limitados, pois não são capazes de identificar aspectos específicos para determinadas patologias (TESTA; SIMONSON, 1996; PATRICK; DEYO, 1989).

Por outro lado, instrumentos específicos permitem avaliar questões inerentes a doenças específicas, identificar sintomas, uma condição ou problema específico (ZIMPEL; FLECK, 2007), além de situações específicas de doenças, agravos e terapêuticas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diante da necessidade de abordar questões peculiares que envolvem a QV de determinados grupos, como aqueles que sofrem de doenças crônicas, como, por exemplo, PVHIV, desenvolveu-se um módulo específico para avaliar a QV dessa população, intitulado “WHOQOL-HIV”, no qual foram acrescentadas questões específicas à infecção pelo HIV (WHOQOL GROUP HIV, 2003). As propriedades psicométricas do módulo em português foram testadas e demonstraram confiabilidade e validade concorrente satisfatórias (ZIMPEL; FLECK, 2007).

Outro instrumento amplamente utilizado no Brasil é o HAT-QoL, composto por nove domínios compreendidos por: função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo, confiança no profissional e função sexual, resultando em um total de 34 itens. Este questionário foi validado para o português do Brasil apresentando validade e confiabilidade satisfatórias (DE SOÁREZ et al., 2009).

O uso de instrumentos específicos para grupos em tratamento é mais sensível e pode fornecer informações que enfocam os assuntos considerados de particular importância para os grupos de pacientes sob investigação (FAYERS; MACHIN, 2007).

Dessa forma, diante do apresentado, esta pesquisa teve como objetivo desenvolver um instrumento para avaliar a QV de pessoas adultas vivendo com HIV considerando o novo cenário da infecção na cultura brasileira.

1.5 Escala para avaliar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV: parte 1

O presente estudo apresenta a parte dois do desenvolvimento da escala para avaliar a QV de PVHIV. A parte 1, previamente realizada, compreendeu as seguintes etapas (CASTRIGHINI, 2017):

- Revisão da literatura;
- Entrevistas com os profissionais;
- Validação de face e conteúdo 1;
- Validação semântica;
- Pré-teste.

QUESTÃO DE PESQUISA

2 QUESTÃO DE PESQUISA

A Escala desenvolvida para avaliar a QV de PVHIV apresenta propriedades psicométricas confiáveis e válidas?

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Desenvolver uma escala para avaliar a QV de PVHIV.

3.2 Objetivos específicos

- Desvelar o significado de QV para as PVHIV;
- Realizar a validação de face e conteúdo 2;
- Verificar a presença dos efeitos *floor* e *ceiling*;
- Verificar a confiabilidade do instrumento;
- Definir as dimensões da escala;
- Realizar a validade convergente;
- Realizar a validade discriminante.

HIPÓTESES DO ESTUDO

4 HIPÓTESES DO ESTUDO

Diante dos objetivos anteriores apresentados, consideram-se hipóteses deste estudo:

H0: Operacionalizado o construto QV por meio dos itens da Escala QUALI-HIV, estes representam adequadamente tal construto de forma válida e confiável.

H1: Operacionalizado o construto QV por meio dos itens da Escala QUALI-HIV, estes não representam adequadamente tal construto de forma válida e confiável.

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

5 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

5.1 Referencial teórico

A psicometria é uma abordagem científica que utiliza um conjunto de técnicas para mensurar fenômenos psicológicos (ERTHAL, 2009; PASQUALI, 2009; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). Ela surgiu no momento em que se identificou a necessidade de avaliar objetivamente as aptidões humanas (PASQUALI, 2013).

Essa abordagem teve origem no campo da psicofísica, muito antes do surgimento dos testes psicológicos que datam do século XX. Suas origens estão relacionadas aos psicólogos alemães Ernst Heinrich Weber e Gustav Fechner e ao inglês Francis Galton, na década de 1880, na criação de testes destinados a medir traços mentais cujo trabalho buscavam avaliar as aptidões humanas por meio da medida sensorial (PASQUALI, 2009; 2013).

Foi na década de 1900, na era de *Spearman*, que surgiu, na Inglaterra, a Teoria Clássica dos Testes (TCT), cujo interesse predominante está na avaliação da aptidão humana com vistas às áreas da saúde e acadêmica (PASQUALI, 2013).

De acordo com essa teoria, os comportamentos são parâmetros envolvidos em que a qualidade dos testes psicológicos (comportamentos, ou variáveis observáveis) é definida pelos critérios demonstrados pelos comportamentos. Essa teoria se preocupa em explicar o resultado final, ou seja, o somatório de respostas elencadas aos itens, representado pelo escore total (PASQUALI, 2013).

5.2 Referencial metodológico

Há uma infinidade de formas e abordagens para se alcançar o objetivo de uma pesquisa; no entanto, o investigador deve identificar a forma mais adequada à sua questão de estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Sendo assim, o referencial metodológico preconizado nesta investigação destaca a operacionalização do desenvolvimento de um instrumento de medida de acordo com o referencial de Pasquali (1999, 2010), Fayers e Machin (2007) e Coluci, Alexandre e Milani (2011).

O desenvolvimento de um instrumento é um processo muito complexo, rigoroso e detalhado, que envolve diversas técnicas e fases. Tal processo deve seguir uma

sequência específica de etapas, as quais devem detalhar sistematicamente os métodos sequenciais para a construção, bem como os resultados de cada fase (PASQUALI, 1999; FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2010).

Estes processos são necessários a fim de caracterizar a validade do instrumento elaborado por meio da validade de conteúdo, pois um instrumento de medida só é válido quando realmente avalia o que se propõe a medir (PASQUALI, 1999; FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2010).

Segundo Pasquali (1998), esse método é dividido em três eixos principais, sendo eles: procedimentos teóricos; procedimentos empíricos (experimentais); e procedimentos analíticos (estatísticos).

De acordo com o autor, a partir do eixo do polo teórico no desenvolvimento do instrumento de medida, é necessário que esteja claro o construto que se deseja medir, sua dimensionalidade, estrutura interna e seu significado (PASQUALI, 1998). Definir essas características significa compreender a semântica do construto, pois a partir desse conhecimento é que determinamos a abrangência dele, isto é, se ele apresenta característica única ou características diversas, se é uni ou multidimensional. Esse polo explicita a teoria do traço latente (PASQUALI, 1998).

Seguidamente, as dimensões devem ser explicitadas de maneira detalhada. Esse processo ocorre por meio das definições constitutivas e das definições operacionais do construto, que são respectivamente definições pré-estabelecidas por dicionários e enciclopédias, e representações comportamentais em que ocorre a passagem do campo abstrato para o concreto (PASQUALI, 1998).

Ademais, antecedente à construção dos itens, é necessário definir a questão de pesquisa e a população alvo a quem se destina o instrumento, além de estabelecer as características da população que se pretende investigar, como, por exemplo, grupos de tratamento e fases da doença. Esses aspectos serão guias para todo o decorrer das etapas de desenvolvimento da construção do instrumento de medida (FAYERS; MACHIN, 2007).

5.3 Elaboração de instrumentos

5.3.1 Geração dos itens

Diante dos conceitos e das definições estabelecidos, passamos para o campo da operacionalização do construto, a geração dos itens, que se refere às representações comportamentais que serão avaliadas (PASQUALI, 1998).

A elaboração dos itens deve ocorrer de maneira exaustiva, podendo ser realizada por meio de pesquisa bibliográfica, entrevistas com profissionais especialistas na temática e escuta da população alvo a quem se destina o instrumento (FAYERS; MACHIN, 2007).

5.3.2 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica fundamenta-se pela busca de conteúdos na área a ser pesquisada. É uma ferramenta que contribui para que o pesquisador identifique outros estudos e outros instrumentos existentes que medem o mesmo construto (PASQUALI, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Essa pesquisa pode ocorrer por meio de consulta bibliográfica em periódicos relevantes, bancos de dados bibliográficos e instrumentos existentes que abordem o tema de avaliação (FAYERS; MACHIN, 2007).

A sistematização da pesquisa pode ser norteadada pelo método de revisão integrativa da literatura, o qual objetiva agrupar e sintetizar os resultados de estudos anteriores a respeito de um determinado assunto proposto (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

5.2.3 Entrevista com a população

A entrevista com a população como processo de pesquisa proporciona o aproveitamento da opinião das pessoas representantes da população à qual se destina a construção do instrumento, favorecendo na assertividade do construto (PASQUALI, 1998).

Para que a amostra seja representativa, os participantes escolhidos devem retratar a cobertura completa da população-alvo. Por exemplo, se um instrumento tem

como alvo os jovens e os idosos, ou aqueles com doença leve e aqueles que estão gravemente doentes, todos esses grupos devem ser representados, bem como diferentes extratos sociais e pessoas com diferentes níveis de escolaridade (FAYERS; FACHIN, 2007). Isso se deve ao fato de que os itens extraídos desta fase devem ser compreendidos por qualquer pessoa que o leia, ou seja, ao princípio da parcimônia (PASQUALI, 1999).

5.2.3.1 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra varia de acordo com os achados explorados nas entrevistas. Quando começarem a surgir respostas com certo grau de concordância entre as falas, sem o aparecimento de nenhum novo tema (saturação do conteúdo), são delimitados o ponto de corte para o tamanho da amostra. Alguns autores afirmam que a amostra de seis a oito pacientes é comumente suficiente para explorar questões para as quais existe um grau razoável de concordância.

Amostras maiores são claramente necessárias se as vivências de QV variarem substancialmente de um indivíduo para outro, ou se houver diferenças importantes entre subgrupos específicos de pacientes. Os dados qualitativos são geralmente analisados em intervalos durante a coleta de dados e, enquanto novas questões continuam a surgir, mais entrevistados são recrutados (FAYERS; MACHIN, 2007).

5.2.4 Entrevistas com especialistas

Outra fonte considerável de dados pode ocorrer por meio de discussão entre especialistas, em que se realiza o levantamento dos itens estabelecidos na etapa anterior. A validação de conteúdo ocorre nesta fase, por meio da análise dos itens pelo comitê de especialistas, cujo objetivo é avaliar se os problemas levantados, relacionados ao construto, são relevantes e importantes para alcançar o objetivo proposto pelo instrumento de medida que está sendo elaborado (FAYERS; MACHIN, 2007).

5.2.5 Regras de construção de itens

Percorridos os passos anteriores, Pasquali (1998) descreve alguns critérios essenciais necessários para desenvolver os itens no âmbito individual e coletivo, a saber:

1. Critério comportamental: consiste na expressão de um comportamento de forma que o indivíduo vá e execute a ação (MAGER, 1981; PASQUALI, 1998).

2. Critério de objetividade ou desejabilidade: refere-se ao comportamento desejável (atitudes) ou características (de personalidade). Quando aplicado para escalas de aptidão, o item deve possibilitar que o pesquisado seja capaz de atribuir uma resposta correta ou incorreta. Por outro lado, quando a escala for de personalidade, os itens devem englobar comportamentos, desejabilidade ou preferências.

3. Critério da simplicidade: estabelece que o item deve representar um conceito singular; não deve ser composto, nem explicativo.

4. Critério da clareza: o item deve ser compreendido por toda a população alvo, de diferentes extratos sociais e nível de entendimento. Não se deve utilizar palavras locais ou gírias.

5. Critério da relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): constitui a covariância (correlação) entre o item e o fator (traço), ou seja, não deve representar outro significado diferente.

6. Critério da precisão: o item deve ser a continuidade dos atributos, e distinto dos demais.

7. Critério da variedade: é representado por dois princípios, o da variação da linguagem, que estabelece que há necessidade de variar as palavras para facilitar a variação e não tornar a leitura cansativa; e pela formulação de metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis, a fim de evitar erros de resposta.

8. Critério da modalidade: determina que não se deve utilizar expressões extremadas, como “excelente” ou “péssimo”.

9. Critério da tipicidade: deve-se formar itens utilizando expressões condizentes com o atributo.

10. Critério de credibilidade (*face validity*): designa que se deve utilizar linguagem adequada, sem propósito ou infantilidade.

11. Critério de amplitude: atribui ao conjunto dos itens a capacidade de discriminar entre diferentes indivíduos de diferentes magnitudes do traço latente.

12. Critério de equilíbrio: itens do mesmo contínuo devem ser distribuídos proporcionalmente nos segmentos, isto é, entre itens de níveis fáceis, médios, fracos, moderados e extremos.

Além dos critérios, para medir um atributo, é necessário definir uma forma de avaliação. A mais utilizada frequentemente são as escalas sociopsicológicas, que são capazes de atribuir valor numérico às respostas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; PASQUALI, 1999).

As formas das escalas podem ser variadas. Rattray e Jones (2007) afirmam que, para desenvolver um instrumento de pesquisa, é necessário definir qual será o formato de resposta.

Escalas categóricas ordenadas ou chamadas tipo *Likert* consistem em uma escala ordinal. As mais comuns são as Escalas categóricas, isto é, aquelas em que os pacientes se classificam entre "baixo" e "alto", "nada" e "muito", ou algum tipo similar de graduação. Elas geralmente variam entre quatro e cinco categorias, porém seis ou sete são aceitáveis. Menos de quatro, ou mais de sete categorias são geralmente consideradas como não discriminatórias de forma confiável (FAYERS; MACHIN, 2007).

Outro formato é o das Escalas Analógicas Visuais, representadas por respostas em forma de linhas contínuas, usualmente horizontais, cujas extremidades representam respostas contrárias, como no exemplo a seguir:

Qualidade de vida	
Péssima	Muito boa

As linhas possuem tamanho padronizado de dez centímetros, e o entrevistado deve assinalar em cima da linha considerando sua resposta mais próxima, ou mais distante das opções determinadas nos extremos da linha representativa de cada item a ser avaliado (FAYERS; MACHIN, 2007).

Uma terceira forma é a Escala de Guttman, conhecida como escala hierárquica rígida. Ela consiste em vários itens de dificuldades variadas. É representada, geralmente, por funções ou tarefas comuns e suas respostas variam de forma crescente de nível de dificuldade. É um tipo de escala pouco utilizado atualmente (FAYERS; MACHIN, 2007).

Há ainda as escalas compostas por multi-itens, isto é, aquelas que utilizam mais de um item para avaliar uma característica que se deseja medir. Por exemplo, se se deseja identificar o estigma do usuário em relação à doença, ao invés de perguntar diretamente “você sofre estigma?”, elaboram-se múltiplos itens relacionados que abrangem o construto a ser avaliado. Portanto, define-se que as escalas de múltiplos itens são um conjunto de itens individuais que, somados, representam a avaliação de um construto (FAYERS; MACHIN, 2007).

Seguidamente à operacionalização do construto que foi representado por meio dos itens originados pelas etapas anteriores, é necessário validar o conteúdo, de maneira a assegurar que ele represente o significado desejado (PASQUALI, 1998; FAYERS; MACHIN, 2007; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

A validade faz referência à capacidade que um instrumento tem de alcançar aquilo que propõe medir (MARTINS, 2006; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Segundo Pasquali (2009), “costuma-se definir a validade de um teste dizendo que ele é válido se de fato mede o que supostamente deve medir”.

As fases de validação ocorrem em diferentes etapas e podem ocorrer por diferentes formas, como: 1) Validade de face e conteúdo; 2) Validade de construto; 3) Validade de critério (FAYERS; MACHIN, 2007; RAYMUNDO, 2009). Na fase de validação de face e conteúdo, forma-se um comitê de especialistas, denominados por juízes, que são experts na temática, a fim de validar o instrumento por meio de procedimentos quantitativos, em que se calcula a taxa de índice de validade de conteúdo (IVC), e procedimentos qualitativos, isto é, discussões (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Estruturado o comitê de especialistas, avalia-se o instrumento por meio da *validade da face*, que envolve a verificação se os itens em um instrumento abrangem os tópicos pretendidos de forma clara e inequívoca. Esta validade está intimamente relacionada com a validade de conteúdo e é frequentemente considerada como um aspecto dela.

A *validade de conteúdo* se refere à identificação da sensibilidade dos itens, isto é, o quanto eles representam o interesse pretendido. A principal diferença entre a validade de face e a de conteúdo é que a validade de face diz respeito à revisão crítica de um instrumento depois que ele foi construído, ao passo que a maior parte da validação de conteúdo consiste em assegurar que procedimentos abrangentes e

completos de desenvolvimento sejam rigorosamente seguidos e documentados (FAYERS; MACHIN, 2007). Em seguida, passa-se para a etapa de pré-teste do questionário, que se destina a testar o instrumento antes de sua aplicação no estudo de campo e tem como objetivo identificar e solucionar possíveis dificuldades que ele possa apresentar (FAYERS; MACHIN, 2007).

Os participantes devem primeiramente responder ao instrumento, preenchendo o questionário provisório. Em seguida, deve-se aplicar questões relacionadas à avaliação dos itens de forma individual, se possível, ou questões que avaliam o instrumento como um todo (SPRANGERS et al., 1998), como por exemplo: “você teve dificuldade para responder às perguntas do questionário? De que forma você faria esta pergunta?” ou “você achou o questionário exaustivo? Você achou alguma questão desnecessária?”.

A amostra para esta fase varia entre dez e trinta participantes e não deve compreender os participantes das fases anteriores. Por meio do pré-teste, é possível identificar perguntas mal escritas, que apresentem dificuldades de interpretação e que gerem entendimento ambíguo. É possível também analisar os resultados por meio da identificação da ausência de dados que o pesquisador julgue relevante para o estudo (FAYERS; MACHIN, 2007).

Após o pré-teste, inicia-se a fase de teste de campo. Cabe explicitar que o estudo de campo deve envolver um grande grupo heterogêneo de pacientes, e isso deve incluir pacientes que sejam representativos de toda a gama de respondedores pretendidos.

O estágio final no desenvolvimento de um novo questionário é o teste de campo, no qual se avaliam os procedimentos empíricos e analíticos. Tem como objetivo determinar e confirmar a aceitabilidade, validade, sensibilidade, responsividade, confiabilidade e aplicabilidade geral do instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; FAYERS; FACHIN, 2007).

Esta determinação é realizada por meio da avaliação da validade do instrumento realizada por técnicas que visam avaliar se o instrumento está medindo o que se propõe. Essa validade pode ser dividida em validade de critério e validade de construto.

A *validade de critério*, por sua vez, considera se a escala possui associação empírica com critérios externos, como outros instrumentos estabelecidos. (FAYERS; MACHIN, 2007). Esta fase visa avaliar um instrumento em relação ao valor verdadeiro,

ou contra algum outro padrão que seja aceito como valor verdadeiro para as medições. Pode ser dividido em validade concorrente e validade preditiva.

Validade concorrente significa concordar com o valor verdade. Entretanto, segundo Fayers e Machin (2007), não há um “padrão ouro” ao se tratar de QV, visto que esta é um construto experimental e subjetivo. Contudo, os autores revelam que um novo instrumento pode ser contrastado com valores obtidos de outros instrumentos bem estabelecidos ou mais longos. Se a concordância entre os dois métodos for considerada forte, a validade concorrente é alta. A *validade preditiva*, por sua vez, representa a capacidade do instrumento em prever um estado de saúde futuro.

Por fim, a *validade de construto* examina a relação teórica dos itens entre si e para as escalas hipotéticas (FAYERS; MACHIN, 2007).

É nesta fase de teste de campo em que se verificam as propriedades psicométricas da escala e que se realiza a análise fatorial exploratória para testar as demais validades do instrumento.

A análise fatorial é uma técnica estatística que examina uma matriz de correlação e tenta identificar grupos de variáveis em que existem fortes correlações entre todas as variáveis dentro de um grupo. Ela usa a matriz de correlação (ou covariância) como ponto de partida, e não faz uso de qualquer conhecimento prévio sobre a estrutura, ou estrutura postulada, do questionário. Portanto, esta é uma análise fatorial exploratória (FAYERS, MACHIN, 2007).

Essa técnica foi desenvolvida inicialmente por *Spearman*, considerado o pai da análise fatorial, por volta de 1904 (Spearman, 1904), com base no trabalho anterior de Karl Pearson. Spearman estava interessado em inteligência de modelagem, com o objetivo de testar se a inteligência poderia ser separada em dois componentes: uma habilidade geral, que era considerada inata, e uma habilidade específica que pode variar de acordo com o assunto (como habilidades linguísticas ou matemáticas) e poderia ser influenciada pela educação.

MATERIAL E MÉTODOS

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Desenho do estudo

O presente trabalho caracteriza-se por um estudo metodológico cujo objetivo foi desenvolver, validar e avaliar instrumentos e métodos de pesquisa. Os estudos que desenvolvem instrumentos de pesquisa apresentam metodologias rigorosas e complexas, com a utilização de métodos mistos (POLIT; BECK, 2011).

6.2 Local do estudo

A coleta de dados foi realizada em todos os Serviços de Atenção Especializada (SAE) do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

Ribeirão Preto é uma cidade do interior de São Paulo, e está localizada na região Noroeste do Estado, a 313 quilômetros da Capital. Segundo a Fundação SEADE, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vinculada à Secretaria de Governo, atuando como centro de referência nacional na produção e disseminação de análises e estatísticas socioeconômicas e demográficas, a população estimada do município de Ribeirão Preto é de 676.440 habitantes em 2019 (cf. Figura 5) (IBGE, 2019).

Figura 5 – População estimada do município de Ribeirão Preto, SP em 2019

Fonte: Fundação Seade, IBGE (2019), adaptado.

O SAE é um Serviço de Atenção Especializada, gratuito, oferecido pelo SUS através de unidade ambulatorial, e tem como objetivo promover atenção integral às pessoas com IST/HIV/Aids, por meio de atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo.

A equipe de atuação é multiprofissional, sendo composta por médico infectologista ou clínico, equipe de enfermagem (enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem), assistente social e psicólogo.

Os SAE oferecem ações de prevenção que impactam na QV das PVHIV e de seus parceiros. São ações oferecidas:

- Oferta de insumo para prevenção, preservativos;
- Atuação na redução de danos, álcool e drogas e melhor adesão ao tratamento;
- Manejo de eventos adversos, incluindo a lipodistrofia;
- Atuação na Saúde Mental, com foco na humanização do atendimento, acolhimento do usuário e escuta ativa dos profissionais;

- Planejamento familiar, incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV no planejamento da reprodução, garantindo o direito sexual e reprodutivo das PVHIV;
- Avaliação e diagnóstico nutricional, bem como aconselhamento nutricional e prática de atividade física, por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços;
- Abordagem de parceiros, oferta de teste diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais B e C.

Dentre as atividades de assistência os SAE promovem assistência integral ao usuário, ao oferecer assistência clínica, e psicossocial às PVHIV, individual e/ou coletivo, inclusive por meio da oferta de atendimento terapêutico individualizado, exames clínicos e laboratoriais, profilaxias para tratamento de doenças oportunistas, IST, e coinfeção HIV/TB, prova tuberculínica, TARV e monitoramento de falhas terapêuticas (BRASIL, 2013a).

Os SAE estão distribuídos por regiões, abrangendo todos os cinco distritos de saúde da cidade. Os Distritos de Saúde são divisões geográficas do município realizadas de forma a organizar e distribuir os diversos serviços de saúde e os demais equipamentos sociais que o município oferece à população. As delimitações são feitas por regiões, considerando os aspectos populacionais, geográficos, econômicos e sociais, de maneira a disponibilizar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) contendo atendimento especializado SAE e um Pronto Atendimento (RIBEIRÃO PRETO, 2019). Além dos atendimentos médicos, as UBS possuem apoio de laboratório para análises clínicas, exames de imagem de ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia.

O município conta com cinco SAE, a saber: 1. Central, Centro de Referência em Especialidades Central "Enfermeira Maria da Conceição da Silva"; 2. Oeste, Ambulatório Especializado do Centro de Saúde Escola Cuiabá; 3. Sul, Centro de Referência "Dr. José Roberto Campi"; 4. Norte, Centro de Referência "Alexander Fleming"; e 5. Leste, Ambulatório Especializado da Unidade Básica de Saúde (UBDS) "Dr. Ítalo Baruffi" (cf. Figura 6, a seguir). Todos esses foram considerados como locais de estudo nesta pesquisa.

Figura 6 – Distribuição dos Serviços de Atendimento Especializado por distritos do município de Ribeirão Preto, SP

Fonte: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (2019), adaptado.

6.3 Participantes e amostra do estudo

Participaram desta pesquisa 491 indivíduos, PVHIV e profissionais da saúde *experts* na temática. As participações foram distribuídas da seguinte forma:

- Entrevista com a população: 26 participantes;
- Validade de face e conteúdo 2: 05 profissionais *experts* na temática;
- Análise fatorial exploratória: 357 participantes;
- Análise Multitraço Multimétodo: 103 participantes.

6.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de elegibilidade dos sujeitos participantes desta pesquisa foram os seguintes:

Para as Entrevista com a população, Análise fatorial exploratória e Análise Multitraço Multimétodo, foram selecionadas pessoas:

- Com diagnóstico de HIV há pelo menos seis meses e com ciência dele;
- Com idade igual ou superior a 18 anos;
- PVHIV em uso de ARV há pelo menos três meses;
- PVHIV em acompanhamento nos locais de estudo descritos anteriormente.

Para a Validade de face e conteúdo, elegeram-se:

- Profissional da área da saúde;
- Profissional especialista na temática de HIV e/ou na construção e validação de instrumento de pesquisa.

Constituíram-se como critérios de exclusão deste estudo:

Para as Entrevista com a população, Análise fatorial exploratória e Análise Multitraço Multimétodo:

- Participantes de etapas anteriores desta pesquisa;
- Pessoas em condição de confinamento (presidiários e institucionalizados);
- Incapacidade de comunicação devido a deficiência auditiva e na fala constatada no prontuário do paciente;

Para a Validade de face e conteúdo:

- Profissionais que não tiveram disponibilidade para participar pessoalmente.

6.3.2 Amostra

A amostra do estudo para cada etapa foi determinada mediante os critérios de inclusão e exclusão apresentados anteriormente.

- Nas Entrevistas com a população o número de participantes foi determinado considerando a saturação dos discursos com repetição de informações relativas ao fenômeno e ausência de novos elementos relevantes (FONTANELLA; RONIS, 2012).
- Para determinar o número de participantes na Validade de face e conteúdo 2, Análise fatorial exploratória e Multitraço Multimétodo, utilizou-se o referencial metodológico adotado neste estudo (PASQUALI, 1999; 2010; FAYERS; MACHIN, 2007; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2011).

A seleção da amostra foi feita por conveniência, visto que os participantes foram abordados à medida que chegavam para a consulta médica nas unidades.

Para realização da Análise fatorial exploratória, o número de entrevistados foi determinado a partir do referencial metodológico de Fayers e Machin (2007). Segundo os autores, o cálculo da amostra é importante para todos os estudos e um pequeno tamanho da amostra levará a grandes erros padrão. Dessa forma, eles sugerem que

a amostra para a análise fatorial exploratória compreenda um número adequado entre 100 e 400 participantes, ou mais (FAYERS; MACHIN, 2007).

Entretanto, os autores afirmam que não há um consenso sobre a estimativa precisa do tamanho da amostra, e que os valores da matriz de covariância serão cruciais para essa determinação após o estudo ser realizado (FAYERS, MACHIN, 2007).

Porém, outros autores sugerem que, para realizar a AFE de instrumentos contendo 20 itens, por exemplo, a amostra deve ser composta por, no mínimo, 10 participantes para cada item (CROCKER; ALGINA, 1986). Outros, ainda, descrevem que um tamanho de amostra contendo 200 participantes é razoável, e 300 é considerado satisfatório (COMREY; LEE, 1992).

6.4 Coleta de dados

O desenvolvimento desta escala foi realizado por duas pesquisadoras. As fases desenvolvidas são referenciadas como parte 1 e parte 2. A parte 1 está contida na tese de doutorado intitulada “Elaboração de escala para a avaliação da QV de PVHIV”, de autoria de Castrighini (2017). Por sua vez, a parte 2 corresponde a este trabalho, intitulado “Desenvolvimento de escala para avaliar a QV de PVHIV: Parte 2”.

A apresentação das fases de desenvolvimento está descrita no quadro a seguir (QUADRO 1).

Quadro 1 - Descrição temporal das fases de desenvolvimento da Escala QUALI-HIV, Ribeirão Preto, SP, 2016 a 2019

Fase da construção	Apresentação da fase desenvolvida	Período de realização	Versão da Escala Quali-HIV
Revisão da literatura	Parte 1*	Agosto de 2016	V1
Entrevistas com a população	Parte 2	Maio a julho de 2016	V1
Entrevistas com os profissionais	Parte 1*	Setembro de 2016	V1
Validação de face e conteúdo 1	Parte 1*	Janeiro a março de 2017	V2
Validação semântica	Parte 1*	Abril de 2017	V3
Pré-teste	Parte 1*	Junho a agosto de 2017	V3
Validação de face e conteúdo 2	Parte 2	Abril de 2018	V4
Avaliação das Propriedades Psicométricas Análise fatorial exploratória: Efeito <i>Floor</i> e <i>Ceiling</i> Alfa de Cronbach	Parte 2	Maio a agosto de 2018	V4
Multitraço Multimétodo: Validade de construto convergente - MAP Validade de construto divergente - MAP Efeito <i>Floor</i> e <i>Ceiling</i>	Parte 2	Janeiro a março de 2019	V5
*Corresponde às fases de desenvolvimento da Escala QUALI-HIV que estão contidas em: Castrighini (2017).			

Fonte: Elaborado pela autora.

6.5 Instrumentos para coleta de dados

Os seguintes instrumentos foram utilizados para a coleta de dados de acordo com a fase do estudo desenvolvida:

- Formulário de caracterização dos participantes do estudo, Entrevista com a população, Análise fatorial exploratória e Análise Multitraço Multimétodo (cf. Apêndice 1): O questionário combina perguntas referentes a sexo, idade, escolaridade, hábitos de vida, sexualidade, forma de transmissão do HIV, medicações em uso, condições clínicas como carga viral e TCD4. Elaborado pela autora e validado por especialistas.
- Questionário estruturado para as entrevistas (cf. Apêndice 2): questão norteadora elaborada para direcionar as entrevistas.

- Formulário de caracterização dos membros do comitê de juízes (cf. Apêndice 3): elaborado para caracterizar os especialistas que participaram da etapa de validação de face e conteúdo.
- Roteiro norteador para o comitê de juízes (cf. Apêndice 4): instrumento destinado à análise e discussão dos itens. Nele, continha a versão V3 da Escala QUALI-HIV e havia um campo destinado a análise de cada item para avaliação e sugestões de melhoria, se necessário, alteração e redação.

6.6 Entrevista com a população

Esta fase compreende o método de estudo qualitativo, embasado na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a qual permite o reconhecimento de pensamentos, representações, crenças e valores de uma amostra da coletividade sobre um determinado assunto (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

A pesquisa foi realizada no período de maio a julho de 2016 nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, Brasil.

Para a construção dos itens, após os sujeitos aceitarem participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (cf. Apêndice 5), foram realizadas entrevistas com as PVHIV que estavam em acompanhamento nos serviços. Para isso, utilizou-se um questionário estruturado, com perguntas sobre dados sociodemográficos, hábitos de vida e clínicos (cf. Apêndice 1), além de uma questão norteadora, a saber: “O que é QV para você?” (cf. Apêndice 2)

O instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras responsáveis pelo desenvolvimento da escala e validado por especialistas. Os depoimentos oriundos das entrevistas com os participantes foram utilizados como subsídios para o desenvolvimento dos itens da Escala QUALI-HIV. As entrevistas ocorreram individualmente em sala privativa, e tiveram duração média de trinta minutos.

A equipe de pesquisa foi composta por duas pesquisadoras enfermeiras. As falas dos participantes foram gravadas, com auxílio de um gravador digital, transcritas na íntegra e identificadas por meio dos números ordinais em ordem de realização, tais como e1, e2 e subsequentes até o e26, visando garantir o anonimato dos participantes.

A amostra foi escolhida por conveniência e o número de entrevistados foi determinado considerando a saturação dos discursos com repetição de informações relativas ao fenômeno e a ausência de novos elementos relevantes (FONTANELLA; RONIS, 2012).

6.7 Validade de face e conteúdo 2

Os participantes *experts* na temática foram convidados previamente a participar da reunião consensual, que ocorreu em abril de 2018 em sala privativa na Universidade de São Paulo (doravante, USP).

Esse comitê foi composto por cinco juízes (LYNN, 1986), sendo eles: a enfermeira doutora, orientadora deste estudo e docente do departamento de Enfermagem fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP); uma enfermeira doutora, gerente do Ambulatório de Especialidades e enfermeira do Ambulatório de Infectologia da Prefeitura no município de Batatais, São Paulo; uma enfermeira doutora, professora adjunta do Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras, da Universidade Federal Fluminense; uma enfermeira doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP); e uma enfermeira e doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP).

O material para análise e discussão dos itens foi encaminhado via e-mail com 15 dias de antecedência da data da reunião. Nele, continha a versão V3 da Escala QUALI-HIV e havia um campo destinado à análise de cada item para sugestões de melhoria, se necessário, alteração e redação final (cf. Apêndice 4).

No início da reunião, os participantes assinaram o TCLE (cf. Apêndice 6). Em seguida, a pesquisadora realizou, juntamente com os juízes, a leitura de cada item da escala para apreciação, discussão e pontuação dos itens.

Para a avaliação dos itens, os especialistas atribuíram uma resposta, tipo *likert*, contendo opções para pontuação de 1 a 4, sendo o valor atribuído da seguinte maneira: 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Concordo; e 4 = Concordo totalmente (DAVIS, 1992).

Os itens foram discutidos e analisados conjuntamente, as modificações foram realizadas diante da concordância mínima de 0,80 entre os membros do comitê (POLIT; BECK; OWEN, 2007) resultando na versão V4 da Escala QUALI-HIV.

6.8 Análise fatorial exploratória

Para esta fase, foram utilizados dois instrumentos (Apêndice 1) e a Escala V4. A população foi composta por PVHIV, que passaram por entrevistas individuais com a própria pesquisadora e duas pesquisadoras auxiliares devidamente treinadas, em sala privativa, nas unidades do SAE, no período de maio a agosto de 2018, antes ou após a consulta médica.

Após aceite em participar e assinatura do TCLE (cf. Apêndice 7), foi aplicado o questionário estruturado para caracterização dos participantes contendo informações sociodemográficas, hábitos de vida e informações clínicas (cf. Apêndice 1).

Em seguida, foi utilizada a Escala QUALI-HIV V4 contendo 51 itens, resultante da reunião consensual com respostas tipo *Likert* de cinco pontos, distribuídos em três opções, sendo elas:

(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Às vezes	(4) A maioria das vezes	(5) Sempre
-----------	---------------	--------------	-------------------------	------------

(1) De forma alguma	(2) Um pouco	(3) Mais ou menos	(4) Bastante	(5) Extremamente
---------------------	--------------	-------------------	--------------	------------------

(1) Discordo plenamente	(2) Discordo	(3) Nem discordo, nem concordo	(4) Concordo	(5) Concordo plenamente
-------------------------	--------------	--------------------------------	--------------	-------------------------

Ressalta-se que os participantes foram informados sobre a impossibilidade de esclarecer as dúvidas referentes aos itens no momento de preenchimento. Entretanto, o próprio instrumento continha orientações referentes ao preenchimento.

A amostra foi obtida por conveniência, pois os participantes foram abordados à medida que chegavam para a consulta médica nos serviços especializados. A coleta de dados ocorreu nas cinco unidades de atendimento do SAE e sucedeu de maneira equivalente, contemplando a quantidade semelhante de entrevistas em todas as unidades.

Nesta fase, foi realizada a extração dos fatores diante da relação de cada item com o fator expressado pela covariância, por meio da análise da carga fatorial (PASQUALI, 2013). Denomina-se carga fatorial ou covariância a afinidade do item com o fator. Quanto maior esse valor, mais representativo do traço latente é o item. Essa representação varia de 0% (sem afinidade) a 100% (maior afinidade e validade de construto do item) (PASQUALI, 2013).

Foram definidos os fatores da escala e os itens foram alocados de acordo com os resultados da análise fatorial exploratória (AFE). Os fatores são combinações

contínuas da variável observada (PASQUALI, 2012). Define-se análise fatorial como uma sucessão de métodos estatísticos que utilizam de análises multivariadas e matrizes no campo da psicometria com vistas a validar instrumentos que medem traços latentes (HAIR, 2009; TABACHNICK; FIDELL, 2001).

A exclusão de itens foi realizada mediante resultados de carga fatorial $< 0,30$ (PASQUALI, 1999).

6.9 Análise Multitraço Multimétodo

Por fim, na fase da análise da estrutura fatorial buscou-se avaliar inicialmente as propriedades psicométricas da escala. Essa avaliação ocorre por meio da testagem dos atributos dos itens onde é verificado a validade convergente e discriminante entre índices e fatores (BEATON et al., 2000; FAYERS; MACHIN, 2007; TERWEE et al. 2007).

A análise de construto da escala QUALI-HIV foi verificada pelo método da análise da matriz de correlação Multitraço-Multimétodo (MTMM) com auxílio do programa Multitrait Analysis Program (MAP).

Para a realização desta fase, a amostra foi por conveniência, e os participantes foram convidados a participar do estudo conforme chegavam ao serviço para a consulta médica agendada.

A coleta de dados desta fase ocorreu em quatro unidades de atendimento, visto que, em uma unidade, havia médicos em férias no período de coleta e, consequentemente, a agenda de atendimento estava reduzida.

Foram convidadas 103 PVHIV. Após o aceite de participação pelos pacientes, foi fornecido o TCLE (cf. Apêndice 7) para assinatura. Em seguida, foi aplicado o questionário de caracterização (cf. Apêndice 1) e, posteriormente, o instrumento derivado da AFE, Escala V5 contendo 45 itens.

A determinação da quantidade de participantes desta fase foi determinada de acordo com o referencial de Fayers e Machin (2007), segundo o qual a amostra pode conter pelo menos 100 participantes.

6.10 Análise estatística dos dados

Para organização dos dados, foram elaboradas planilhas utilizando os programas Microsoft Excel® e Word®. Realizou-se dupla digitação e validação das planilhas para correção de possíveis divergências na transcrição dos dados.

6.10.1 Entrevista com a população

A análise estatística dos dados qualitativos foi processada por meio da técnica de análise do tipo lexical com auxílio do software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) com cálculos de co-ocorrências de palavras que permitem a identificação do assunto de interesse da investigação (RATINAUD; MARCHAND, 2012).

Os depoimentos foram gravados em aparelho multimídia e, depois, transcritos na íntegra em arquivos do programa Microsoft Word®. Em seguida, foram organizados no bloco de notas e salvos com codificação UTF-8. Por fim, foram analisados pelo Programa IRaMuTeQ.

6.10.2 Validade de face e conteúdo 2

Para a análise do comitê de juízes foi utilizado o IVC (COLUCI, 2015; DAVIS, 1992; POLIT; BECK; OWEN, 2007). Nesta fase, os denominados “juízes”, classificam os diversos itens da escala com o universo dos conteúdos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; HALFOUN; AGUIAR; MATTOS, 2008).

Este índice mede a porcentagem de concordância, entre os juízes, em relação a um determinado aspecto da escala e de seus itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Os valores aceitáveis para o IVC variam de acordo com o número de juízes participantes do comitê. A participação de três a cinco juízes considera-se aceitável a concordância de todos os membros. Entretanto, se houver a presença de seis ou mais, a concordância aceitável considerada mínima é de 0,78 (POLIT; BECK, 2006; LYNN, 1986). Com relação a instrumentos novos de uma forma geral autores recomendam uma taxa não inferior a 0,80 (GRANT; DAVIS, 1997; DAVIS, 1992).

Dessa forma, para cada item avaliado e pontuado, somaram-se as respostas 3 e 4 e dividiu-se o resultado pelo número de participantes, chegando-se, assim, ao percentual de concordância (GRANT; DAVIS, 1997; DAVIS, 1992; POLIT; BECK; OWEN, 2007).

$$\text{IVC} = \frac{\text{Total de respostas "3" e "4"}}{\text{Número de participantes}}$$

6.10.3 Análise fatorial exploratória

Nesta fase foi utilizado o Software IBM® *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20. Para as variáveis descritivas foram realizadas análises descritivas simples como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana, máximo e mínimo) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

Analizou-se a validade interna tipificada pelo coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach (FAYERS; MACHIN, 2007).

Para a extração de fatores (domínios) foi utilizado o método dos mínimos quadrados ponderados e, para rotação dos fatores, o método VARIMAX (JOHNSON; WICHERN, 1998; FAYERS; MACHIN 2007).

A determinação dos números de fatores foi extraída pelos critérios de autovalores >1 e a confirmação das dimensões teóricas previamente definidas, considerando os itens com carga fatorial $\geq 0,30$ (PASQUALI, 2003).

A confiabilidade foi avaliada pela consistência interna, utilizando Alfa de Cronbach, considerando valores oportunos superiores a 0,70 (CRONBACH, 1996).

Analizou-se se a matriz de dados era passível de fatoração e se os dados poderiam ser “submetidos” à AFE (PASQUALI, 1999), adotando-se os critérios de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (KAISER, 1974) e o Teste de Esfericidade de Bartlett (DZIUBAN; SHIRLEY, 1974).

Para caracterização do efeito *floor* e *ceiling* foi utilizado o referencial de Fayers e Machin (2007) que consideram o percentual de 15%. Ou seja, se $>15\%$ das observações se situarem no extremo inferior e/ou superior, há presença de efeito *floor* e/ou *ceiling*.

6.10.4 Análise Multitraço Multimétodo

Foram utilizados os Softwares IBM® SPSS versão 20 e o MAP. Realizou-se a análise estatística descritiva como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana, máximo e mínimo) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

Nesta fase, a validade de construto da escala foi mensurada segundo sua validade convergente e discriminante. A validação busca demonstrar a correlação entre as variáveis medidas, validade convergente; e não se correlacionar com as

variáveis que ele teoricamente deveria diferir, validade discriminante (PASQUALI, 2013).

Para a validação realizou-se a análise multitraço-multimétodo (MTMM), que verifica as correlações lineares entre os itens e os fatores por meio do MAP (HAYS et al., 1988). Considerou-se, para estudos iniciais, o valor aceitável de correlação para a validade convergente superior a 0,30 (FAYERS; MACHIN, 2017).

No que se refere a validade discriminante buscou demonstrar o ajuste, ou seja, a porcentagem de vezes em que a correlação de um item se ajustou com o fator a que pertence foi maior do que o fator que não pertence. Os valores resultantes de ajuste próximos a 100% demonstram a validade discriminante.

Validade discriminante, os valores correspondentes representam:

- ✓ -2: correlação do item com a dimensão a que pertence significativamente menor do que a sua correlação com a dimensão a que não pertence;
- ✓ -1: correlação do item com a dimensão a que pertence menor do que sua correlação com a dimensão a que não pertence;
- ✓ 1: correlação do item com a dimensão a que pertence maior do que sua correlação com a dimensão a que não pertence;
- ✓ 2: correlação do item com a dimensão a que pertence significativamente maior do que a sua correlação com a dimensão a que não pertence.

6.11 Aspectos éticos

Considerando a garantia de respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes desta pesquisa, e prezando o comprometimento ético inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico, este trabalho garante os direitos dos participantes mediante as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Dessa forma, ressalta-se que a realização da etapa inicial (construção dos itens) foi autorizada primeiramente pela Instituição Coparticipante, Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – Secretaria de Saúde (ANEXO A) e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) sob o parecer consubstanciado CAAE 50811815.7.0000.5393 (ANEXO B).

Para a realização das demais etapas, houve concordância prévia da Instituição Coparticipante (ANEXO C) seguida da aprovação pelo CEP (ANEXO D).

Os objetivos da pesquisa, bem como seus benefícios e riscos, foram informados aos participantes. Tanto a pesquisadora quanto os demais sujeitos envolvidos na investigação assinaram o TCLE (APÊNDICES E, F, G), de acordo com a etapa do desenvolvimento da qual estavam participando.

Ressalta-se que foi garantida a liberdade de participação, bem como a privacidade, sigilo e confidencialidade de todos os participantes deste estudo.

RESULTADOS

7 RESULTADOS

Para apresentar os resultados do desenvolvimento da Escala QUALI-HIV, a seguir, serão descritas as fases propostas na metodologia deste estudo. Sendo assim, os resultados serão demonstrados em quatro fases sequenciais.

7.1 Entrevistas com a população

Nesta fase, objetivou-se compreender o significado de QV atribuído pelas pessoas que vivem com HIV.

Foram realizadas entrevistas em quatro unidades de atendimento ao paciente vivendo com HIV (TABELA 1). As entrevistas foram realizadas em sala privativa nas unidades de atendimento especializado, e tiveram duração média de 30 minutos.

Tabela 1 – Distribuição das entrevistas realizadas na fase 1 da construção da Escala QUALI-HIV por unidade de atendimento especializado às pessoas vivendo com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2016

Unidade de atendimento	N (26)	%
Centro de Referência em Especialidades Central "Enfermeira Maria da Conceição da Silva	05	19,2
Ambulatório Especializado do Centro de Saúde Escola Cuiabá	07	26,9
Centro de Referência "Dr. José Roberto Campi"	05	19,2
Centro de Referência "Alexander Fleming"	09	34,6

Fonte: Elaborado pela autora.

Participaram desta fase 26 pessoas com idade mínima de 20 anos e máxima de 77 anos, sendo que a média de idade foi de 43 anos. O tempo médio de diagnóstico foi de oito anos, e variou de no mínimo um ano de conhecimento sobre o diagnóstico a no máximo 29 anos (TABELA 2).

Tabela 2 – Distribuição da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis idade e tempo de diagnóstico dos participantes da fase de elaboração dos itens da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2016

	Idade (anos)	Tempo de diagnóstico (anos)
Média	43,5	08,8
Mediana	44,0	07,0
Desvio padrão	13,1	08,2
Mínimo	20,0	01,0
Máximo	77,0	29,0

Fonte: Elaborado pela autora.

A faixa etária predominante foi de 40 a 49 anos de idade (oito pessoas, equivalente a 30,8%). A maioria dos participantes desta fase foram do sexo masculino (18, correspondentes a 69,2%). Quanto à etnia declarada, predominaram os brancos (14 participantes, o que representa 53,8% do total), seguidos por pardos (8 – 30,8%) e pretos (quatro participantes, ou 15,4%). A maioria referiu possuir escolaridade de nível fundamental incompleto e de ensino médio completo (nove participantes em cada nível de ensino, ou seja, 34,6% em cada).

Considerando o salário mínimo vigente no período, representado pelo valor de R\$ 880,00, a situação econômica dos entrevistados variou de participantes sem renda a pessoas que recebiam sete salários mínimos. A maioria (17 participantes, correspondente a 65,4%) referiu renda salarial mensal entre um e três salários mínimos (TABELA 3), equivalendo entre \$262,00 e \$786,00 dólares.

Seis participantes (23,1%) afirmaram não exercer ocupação remunerada no momento da entrevista; destes, um (3,8%) era estudante, dois (7,7%) estavam desempregados e três (11,5%) exerciam atividade no próprio lar.

Do total de participantes, 25 (96,2%) relataram ter religião, sendo predominante as crenças religiosas evangélica (12 pessoas, ou 46,2%) e católica (11 sujeitos, correspondente a 42,3%). Apenas um participante (3,8%) relatou não ter crença nem religião.

Quanto ao estado conjugal, a maioria referiu ter relacionamento, ser casado ou possuir companheiro (19 participantes, equivalente a 73,1%), enquanto sete (26,9%) eram solteiros ou não possuíam parceiro. Em relação a descendentes, 17 participantes (65,4%) tinham filhos vivos e nove (34,6%) não tinham. Quanto à orientação sexual, a maioria declarou ser heterossexual (22 pessoas, ou 84,6%), três (11,5%) declararam-se homossexuais e um (3,8%), bissexual.

Tabela 3 – Caracterização socioeconômica dos participantes da fase de elaboração dos itens no desenvolvimento da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2016

Variáveis	N (26)	%
Faixa etária – anos		
20 – 29	04	15,4
30 – 39	06	23,1
40 – 49	08	30,8
50 – 59	06	23,1
≥ 60	02	7,7
Escolaridade		
Fundamental incompleto	09	34,6

Variáveis	N (26)	%
Fundamental completo	06	23,1
Ensino médio completo	09	34,6
Superior completo	02	7,7
Ocupação		
Atividade não remunerada	06	23,1
Atividade remunerada	20	76,9
Situação trabalhista*		
Empregado	16	61,5
Aposentado	04	15,4
Desempregado	02	7,7
Situação econômica individual**		
1,1 a 3 salários	17	65,4
3,1 a 6 salários	02	7,7
> 6 salários	01	3,8
Sem renda	06	23,1

*N=20, foram excluídas as pessoas que exercem atividade no lar familiar e estudantes; **N=20, renda individual mensal em salários mínimos vigente no período, R\$ 880,00.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos participantes que declararam possuir parceiro ou ser casados, sete (26,9%) eram soro concordante e 12 (46,2%), soro discordante (TABELA 4).

Tabela 4 – Descrição do uso de códon antes e após o diagnóstico do HIV em relação ao sexo, orientação sexual e condição sorológica do parceiro. Ribeirão Preto, SP, 2016

		Uso de códon antes do diagnóstico				Uso de códon após o diagnóstico			
		Não*		Sim		Não*		Sim	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	08	100,0	00	0,0	04	50,0	04	50,0
	Masculino	16	88,9	02	11,1	03	16,7	15	83,3
Orientação sexual	Heterossexual	21	95,5	01	4,5	06	27,3	16	72,7
	Homossexual	02	66,7	01	33,3	00	0,0	03	100,0
	Bissexual	01	100,0	00	0,0	01	100,0	00	0,0
Condição sorológica do parceiro**	Soro discordante	11	91,7	01	8,3	03	25,0	09	75,0
	Soro concordante	07	100,0	00	0,0	02	28,6	05	71,4

*Os participantes que responderam utilizar o códon “às vezes” foram incluídos na categoria de “não uso”. **Somente para os participantes que afirmaram ter parceiro.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação aos hábitos de vida, cinco (19,2%) declararam ser tabagistas, porém a maioria (21 participantes, representando 80,2%) referiu não ser. Quanto a ingestão de álcool, 13 (50,0%) não faziam uso, e a outra metade (13, ou 50,0%)

tinha esse hábito. Em relação a drogas, a maioria (19, o que representa 73,1%) não fazia uso, e sete (26,9%) dos participantes tinham esse vício.

A forma de aquisição do HIV foi predominantemente sexual, isto é, por 15 participantes (57,7%), e 11 pessoas (42,3%) disseram não saber, ou não ter certeza sobre como adquiriram o vírus. A seguir são apresentadas as características sorológicas e as condições clínicas dos participantes (TABELA 5).

Tabela 5 – Características clínicas e laboratoriais dos participantes da fase de elaboração dos itens da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2016

Variáveis	N (26)	%
Tempo de ciência da infecção pelo HIV (anos)		
< 2 anos	15	57,7
2 a 5 anos	02	7,7
> 5 anos	09	34,6
Linfócitos TCD4+ (mm ³ /sangue)		
< 350 mm ³	06	23,1
351 a 500 mm ³	05	19,2
> 500 mm ³	15	57,7
Carga viral (cópias/ml)		
< 50	19	73,1
51 a 10.000	04	15,4
> 10.000	03	11,5
Comorbidade		
Não	17	65,4
Sim	09	34,6
Coinfecção		
Não	22	84,6
Sim	04	15,4

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à análise textual das falas oriundas das entrevistas, o corpus geral foi constituído por 26 textos, separados em 222 segmentos de textos (ST), com aproveitamento de 164 ST (73,8%). Emergiram 2.713 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 616 palavras distintas e 321 com uma única ocorrência.

O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes, a saber: classe 1, com 43 ST (26,2%); classe 2, com 24 ST (14,6%); classe 3, com 56 ST (34,1%); e classe 4, com 41 ST (25,0%), como pode ser visto na Figura 7.

As classes foram nomeadas considerando-se o conteúdo agrupado em cada uma delas, sendo:

- Classe 1 – Peculiaridades enfrentadas no tratamento;
- Classe 2 – Estigma e diminuição da autoestima;
- Classe 3 – Saúde como centro da qualidade de vida;
- Classe 4 – Viver com expectativas.

A partir da Classificação Hierárquica Descendente (CDH), elaborou-se um organograma com as classes originadas e sua respectiva distribuição de palavras. As mais relevantes foram seguidas pela frequência de aparecimento por ST e pelo teste qui-quadrado.

Figura 7 – Dendograma das Classes (IRAMUTEQ)

*f. frequência por seguimento de texto

Adaptado pelos autores. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.

7.1.1 Classe 1 – Peculiaridades enfrentadas no tratamento

Nesta classe, as principais dificuldades enfrentadas pelas PVHIV relacionam-se ao estado de saúde, como, por exemplo, manter o peso ideal e ter a saúde acompanhada de perto pelo médico.

Por outro lado, o enfrentamento representa positividade considerando a facilidade de acesso a recursos antes não disponíveis, como, por exemplo, consultas médicas, exames e orientações de saúde, conforme se observa nas seguintes falas: “Eu sei que a gente tem que emagrecer” (e2); “É ter saúde, mas nós não temos, ah não sei” (e5);

Eu não era muito de ficar indo em médico não, mas agora tenho um acompanhamento médico estável. Estou sempre fazendo exame de sangue para ver como está minha carga viral, como que está minha

saúde, se eu estou com anemia ou com diabetes. Tomo vacinas (e20).

Considera-se, portanto, que as principais peculiaridades apontadas estão relacionadas à saúde e ao seguimento do tratamento.

7.1.2 Classe 2 – Estigma e diminuição da autoestima

O estigma emerge nessa classe como determinante da QV. Observa-se, pelo relato dos participantes, a ocorrência de situações que demonstram esta condição como um agravo para o enfrentamento de sua situação de saúde, conforme mostram as frases a seguir, retiradas das entrevistas: “Para mim, o problema que eu tive com essa doença, pensei até fazer coisa ruim comigo” (e1); “Eu acho que é mais preconceito do que a doença em si. Eu daria qualquer coisa, tudo para ter a saúde que eu tinha de volta. Muda em relação ao preconceito, é uma doença que eu sei que não arrumaria outro namorado” (e6); “A qualidade de vida da gente é destruída, destrói tudo. A gente não pode ter aquele amor mais que a gente tinha com a nossa companheira porque a gente fica com medo de passar a infecção para os outros” (e8); “Porque é uma coisa muito dura você fica com um baixo astral pra caramba e eu sempre tive um alto astral” (e26).

É possível evidenciar que o estigma interfere na QV de PVHIV ao diminuir a autoestima e criar barreiras que impedem a vivência plena de atividades habituais.

7.1.3 Classe 3 – Saúde como centro de qualidade de vida

Nesta classe, os participantes reconhecem a amplitude do conceito e destacam o HIV como determinante central da QV, como demonstram as falas a seguir:

Hoje eu tenho HIV, então pra mim qualidade de vida é ter saúde, que hoje eu não tenho mais, eu me vejo limitada em relação a tudo. Mas se você me perguntasse a algum tempo atrás, alguns anos atrás, talvez eu te falaria outros significados (e6).

“Eu acho que qualidade de vida está relacionada a vários fatores que permeiam a vida desde questões de saúde, que é fundamental, mas também outros

fatores” (e13); “Acho que é se alimentar bem se cuidar bem no meu caso fazer o tratamento certo e evitar drogas e evitar álcool” (e15).

Ter uma qualidade de vida é ter uma boa alimentação, é evitar drogas, evitar álcool, evitar fumar, praticar atividade física coisa que eu não estou praticando, o resto eu ando fazendo tudo certinho além de dormir bem para a gente descansar o corpo é isso que eu vejo (e20).

Eu acho que não tinha qualidade de vida porque eu estava fraco hoje eu acho que tenho qualidade de vida boa que hoje eu tenho apetite, alimentação boa, tenho disposição, eu durmo pouco durmo sete oito horas e já acordo já to bem então eu acho que isso aí já uma qualidade de vida já (e21).

Os participantes relacionam a QV com a manutenção do estado de saúde, com ênfase no bem-estar físico, boa alimentação, não uso de álcool e drogas, além de boa adesão ao tratamento.

7.1.4 Classe 4 – Viver com expectativas

Evidenciam-se nesta classe sentimentos de esperança em relação à cura e idealização do trabalho como instrumento motivacional, como se pode observar nos excertos a seguir, retirados das entrevistas. As relações familiares emergem como ferramentas de apoio motivando a busca pela felicidade.

“Se Deus quiser encontrar a cura porque eu não quero ficar com isso pro resto da minha vida não eu pretendo se Deus quiser ainda ver se consegue encontrar a cura” (e2); “A minha qualidade é encontrar a cura e cuidar da minha família cuidar da minha mãe única que eu tenho a única coisa encontrar a cura é a única coisa esse é meu desejo” (e8).

Ser feliz, minha família, esposa, meus filhos. Dinheiro não traz felicidade, dinheiro é bom. Então qualidade de vida é ser feliz sair pra onde eu quero junto com a minha esposa, comer o que eu quero, assistir minha televisão que eu adoro minha televisão meus animais (e9).

“Trabalhar com alegria porque ajuda também, isso não só para você, mas o ambiente onde você está” (e10); “Para mim é trabalhar, você ir atrás de seus ter objetivos de seus ter projetos, de você viver em família” (e16).

7.2 Validade de face e conteúdo 2

Esta fase representa a segunda reunião consensual realizada na construção da Escala QUALI-HIV. Após a realização do pré-teste, que consta na parte 1 da construção da escala (CASTRIGHINI, 2017), identificaram-se algumas fragilidades na descrição dos itens.

Sendo assim, antes de dar continuidade às fases seguintes do desenvolvimento da escala, realizou-se outro comitê de juízes para nova validação de face e conteúdo do instrumento.

A reunião consensual foi composta por cinco *experts* na temática do HIV, QV e/ou validação e desenvolvimento de instrumentos de medida. Todos os participantes eram enfermeiras, com média de idade de 40 anos, e tempo de atuação profissional igual ou superior a sete anos (QUADRO 2).

Quadro 2 – Caracterização dos membros que compuseram a reunião consensual 2 da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018

Identificação	Formação profissional	Expertise	Titulação máxima	Tempo de atuação profissional (anos)
Expert_01	Graduação em enfermagem	Construção e validação de instrumentos	Doutorado	11
Expert_02	Graduação em enfermagem	Construção de instrumento e qualidade de vida	Mestrado	08
Expert_03	Bacharel e licenciatura em enfermagem	Construção de instrumento e qualidade de vida	Doutorado	07
Expert_04	Graduação em enfermagem e obstetrícia	Doenças infecciosas	Doutorado	19
Expert_05	Graduação em Enfermagem	Doenças infecciosas	Doutorado	38

Fonte: Elaborado pela autora.

No instrumento de avaliação dos itens fornecido aos membros do comitê, um espaço ao lado de cada item foi destinado a sugestões de adequação.

Quadro 3 – Avaliação dos itens por especialistas na segunda reunião consensual do desenvolvimento da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto -SP, 2018

Reunião consensual				
Versão 3	Alteração	Tipo de alteração	Versão 4	
1-Me <u>preocupo</u> com minha alimentação.	Sim	Redação	1-Preocupo-me com minha alimentação.	

Reunião consensual			
Versão 3	Alteração	Tipo de alteração	Versão 4
2- A alimentação saudável auxilia <u>na melhora</u> da minha saúde.	Sim	Redação e posição	3- <u>Mantenho</u> a alimentação saudável <u>para melhora</u> da minha saúde.
3- <u>Como além do necessário após o início do tratamento com coquetel/ antirretroviral.</u>	Sim	Redação e posição	4- <u>Desde que iniciei o uso dos antirretrovirais tenho mais apetite.</u>
4-Costumo ir às consultas médicas agendadas.	Sim	Posição	5-Costumo ir às consultas médicas agendadas.
5-Sinto náusea/enjoo quando tomo <u>o coquetel/ antirretroviral.</u>	Sim	Redação e posição	6- Sinto náusea <u>ou</u> enjojo quando tomo <u>os antirretrovirais.</u>
6- Tenho dificuldades em tomar o <u>coquetel/ antirretroviral.</u>	Sim	Redação e posição	7- Tenho dificuldades em tomar <u>os antirretrovirais.</u>
7-Tomo <u>meus medicamentos do HIV</u> nos horários corretos <u>todos os dias.</u>	Sim	Redação e posição	8-Tomo <u>os</u> antirretrovirais nos horários corretos.
8-Recebo informações sobre o meu tratamento.	Sim	Redação e posição	9-Recebo informações <u>da equipe de saúde</u> sobre o meu tratamento.
9- Recebo informações sobre os efeitos <u>colaterais/adversos</u> do <u>coquetel/ antirretroviral.</u>	Sim	Redação e posição	10- Recebo informações <u>da equipe de saúde</u> sobre os efeitos adversos <u>dos antirretrovirais.</u>
10- Realizo atividades físicas (como esporte, ir na academia, fazer caminhada).	Sim	Posição	11-Realizo atividades físicas (como esporte, ir na academia, fazer caminhada).
11-Falo abertamente sobre a minha condição sorológica para as pessoas.	Sim	Posição	12-Falo abertamente sobre a minha condição sorológica para as pessoas.
12- Realizo atividades de lazer.	Sim	Posição	13- Realizo atividades de lazer.
13-Deixo de passear por causa do HIV.	Sim	Posição para ficar longe do item 14	2-Deixo de passear por causa do HIV.
14- Sinto vontade de <u>sair</u> , passear.	Sim	Redação	14- Sinto vontade de passear.
15- <u>Uso</u> preservativo <u>durante as</u> relações sexuais.	Sim	Redação	15- <u>O</u> preservativo <u>deve ser utilizado nas</u> relações sexuais.
16- <u>Evito</u> contato com secreções genitais <u>da</u> relação sexual.	Sim	Redação	16-O contato com secreções genitais deve ser evitado na relação sexual.
17- <u>Depois</u> que iniciei o uso do antirretroviral/ <u>coquetel</u> <u>melhorei</u> minha maneira de me alimentar.	Sim	Redação e posição	20-Desde que iniciei o uso dos antirretrovirais <u>melhorei</u> a maneira de me alimentar.
18- O tratamento da infecção pelo HIV é tranquilo.	Sim	Posição	21-O tratamento da infecção pelo HIV é tranquilo.
19- <u>Depois</u> que comecei a tomar <u>o coquetel</u> sinto-me indisposto.	Sim	Redação e posição	22-Desde que comecei a tomar os antirretrovirais sinto-me indisposto.
20- Fico preocupado (a) se a minha infecção pelo HIV está controlada.	Sim	Posição	23- Fico preocupado(a) se a minha infecção pelo HIV está controlada.
21-Tenho medo de perder meus amigos se eles souberem que tenho HIV.	Sim	Posição	24-Tenho medo de perder meus amigos se eles souberem que tenho HIV.
22-Me isolei das pessoas por causa do HIV.	Sim	Posição	25-Me isolei das pessoas por causa do HIV.
23-O HIV mudou minha forma de viver.	Sim	Posição	26-O HIV mudou minha forma de viver.

Reunião consensual			
Versão 3	Alteração	Tipo de alteração	Versão 4
24-Tenho medo de contar para as pessoas que convivem comigo que tenho HIV.	Sim	Posição	27-Tenho medo de contar para as pessoas que convivem comigo que tenho HIV.
25-No momento do diagnóstico pensei não ter mais razão para viver.	Sim	Redação e posição	28-O diagnóstico do HIV tirou a minha razão para viver.
26- Convivo sem sofrimento com o diagnóstico.	Sim	Redação e posição	29-Convivo sem sofrimento com o diagnóstico do HIV.
27-A minha autoestima piorou após o diagnóstico do HIV.	Sim	Posição	30-A minha autoestima piorou após o diagnóstico do HIV.
28- Julgo-me culpado (a) por ter contraído o HIV.	Sim	Redação e posição	31- Sinto-me culpado(a) por ter contraído o HIV.
29- Sinto medo de transmitir o HIV para outras pessoas	Sim	Posição	32-Sinto medo de transmitir o HIV para outras pessoas.
30-A religião me ajuda após meu diagnóstico de HIV.	Sim	Redação e posição	33-A religião me ajuda após o diagnóstico do HIV.
31-Fico com medo de morrer por causa do HIV.	Sim	Posição	34-Fico com medo de morrer por causa do HIV.
32- Sofro preconceito por ter o HIV.	Sim	Redação e posição	35- Sofro preconceito por ter HIV.
33- Viver com HIV interfere no meu dia a dia.	Sim	Posição	36- Viver com HIV interfere no meu dia a dia.
34- Aproveito a vida ao máximo.	Sim	Posição	37- Aproveito a vida ao máximo.
35-O HIV pode interferir na minha capacidade de ter filhos.	Sim	Redação, posição e resposta	45-O HIV pode interferir na capacidade de ter filhos. Resposta: discordo plenamente, discordo, nem discordo e nem concordo, concordo, concordo plenamente.
36-Sinto menos vontade de fazer sexo desde o diagnóstico.	Sim	Redação e posição	38-Sinto menos vontade de fazer sexo desde o diagnóstico do HIV.
37-Considero-me desinteressado afetivamente pelo meu parceiro (a) ou qualquer outra pessoa por causa do HIV.	Sim	Redação e posição	39-Considero-me desinteressado(a) afetivamente pelo meu parceiro(a) ou qualquer outra pessoa por causa do HIV.
38-A pratica de atividade física pode melhorar a saúde.	Sim	Posição	46-A pratica de atividade física pode melhorar a saúde.
39-As atividades físicas diminuem sentimentos negativos (como tristeza, ansiedade e estresse).	Sim	Redação e posição	47-As atividades físicas diminuem sentimentos de tristeza, ansiedade e estresse.
40-A prática de atividade física melhora a imagem corporal.	Sim	Posição	48- A prática de atividade física melhora a imagem corporal.
41- Realizo minhas atividades diárias normalmente depois que descobri o HIV.	Sim	Redação, posição e resposta	17- Realizo as atividades diárias normalmente depois que descobri o HIV. Resposta: Nunca, raramente, às vezes, a maioria das vezes e sempre.
42-É difícil viver com a infecção.	Sim	Redação e posição	49- É difícil viver com a infecção do HIV.
43-Mantenho o mesmo ciclo de amizade após o diagnóstico.	Sim	Redação	50-Mantenho o mesmo ciclo de amizade após o diagnóstico do HIV.

Reunião consensual			
Versão 3	Alteração	Tipo de alteração	Versão 4
44-Meus amigos sabem que eu tenho HIV.	Sim	Posição	51-Meus amigos sabem que eu tenho HIV.
45-Meu relacionamento familiar piorou após o diagnóstico.	Sim	Redação e posição	40-Meu relacionamento familiar piorou após o diagnóstico <u>do</u> HIV.
46- <u>Sou julgado (a) pela</u> minha família <u>por ter HIV.</u>	Sim	Redação e posição	41-Minha família <u>me julga culpado por ter contraído o HIV.</u>
47-Recebo apoio da minha família frente ao diagnóstico do HIV.	Sim	Redação e posição	42-Recebo apoio da minha família <u>por viver com HIV.</u>
48-Tive <u>que faltar no trabalho por causa da</u> infecção <u>do</u> HIV.	Sim	Redação e posição	18-A infecção <u>pelo</u> HIV interfere no trabalho.
49-Tenho dificuldade de ir ao médico por causa do <u>meu</u> trabalho.	Sim	Redação e posição	19-Tenho dificuldade de ir ao médico por causa do trabalho.
50- Meus colegas de trabalho sabem que eu tenho HIV.	Sim	Excluído	-
51-Realizar <u>meu</u> tratamento interfere no trabalho.	Sim	Redação	44-Realizar <u>o</u> tratamento interfere no trabalho.
Viver com HIV interfere na minha qualidade de vida.	Sim	Incluído	43- Viver com HIV interfere na minha qualidade de vida. Resposta: De forma alguma, um pouco, mais ou menos, bastante e extremamente.

Fonte: Elaborado pela autora.

As adequações sugeridas foram referentes à redação (seis, correspondendo a 11,8%); alocação do item na escala (19, representando 37,2%); redação e posição (25, isto é, 49,0%); opção de resposta dois (4,0%); e um (2,0%) item foi excluído. Foi sugerida a inclusão de um item direcionado para o construto principal da escala QV, conforme se observa no quadro 3.

Os itens foram avaliados quanto à concordância sobre os aspectos do instrumento e seus itens por meio do IVC. A escala total apresentou a media de IVC 0,97 (TABELA 6).

Tabela 6 - Classificações da Escala Quali-HIV, escala de 51 itens por cinco especialistas: itens classificados como 3 ou 4 na escala de relevância de 4 pontos, Ribeirão Preto, SP, 2018

Item	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Expert 4	Expert 5	Expert em concordância	Item IVC-I
Q01	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q02	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q03	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q04	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q05	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q06	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q07	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q08	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q09	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q10	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q11	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q12	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q13	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q14	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q15	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q16	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q17	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q18	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q19	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q20	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q21	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q22	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q23	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q24	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q25	--	✓	✓	✓	✓	4	0,80
Q26	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q27	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q28	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q29	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q30	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q31	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q32	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q33	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q34	✓	--	✓	✓	✓	4	0,80
Q35	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q36	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q37	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q38	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q39	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q40	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q41	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q42	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q43	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q44	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q45	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q46	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q47	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q48	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q49	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
Q50	--	--	✓	--	--	1	0,20
Q51	✓	✓	✓	✓	✓	5	1,00
						Média IVC-S=	0,97
Proporção relevante	0,96	0,96	1,00	0,96	0,96		

IVC: índice de validade de conteúdo; IVC-I: índice de validade de conteúdo do item; IVC-S: índice de validade de conteúdo da escala total.

Item	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Expert 4	Expert 5	Expert em concordância	Item IVC-I
método de concordância universal (IVC-E /UA) $\frac{1}{4}$ =70; Índice de validade de conteúdo em escala, método de média (I-CVI / Ave) $\frac{1}{4}$.90; Proporção média de itens julgados relevantes entre os especialistas= 90.							

Fonte: Elaborado pela autora.

7.3 Avaliação das Propriedades Psicométricas

7.3.1 Caracterização dos participantes da Análise fatorial exploratória

Nesta fase, objetivou-se analisar as propriedades psicométricas da Escala QUALI-HIV.

A coleta de dados ocorreu nas cinco Unidades de atendimento especializado ao atendimento à pessoa com HIV no município de Ribeirão Preto, São Paulo (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição das entrevistas realizadas na fase 3 da construção da Escala QUALI-HIV por unidades de atendimento especializado às pessoas vivendo com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018

Unidade de atendimento	N (357)	%
Centro de Referência em Especialidades Central "Enfermeira Maria da Conceição da Silva	70	19,6
Ambulatório Especializado do Centro de Saúde Escola Cuiabá	67	18,8
Centro de Referência "Dr. José Roberto Campi"	81	22,7
Centro de Referência "Alexander Fleming"	79	22,1
Ambulatório Especializado da UBDS Castelo Branco "Dr. Ítalo Baruffi".	60	16,8

Fonte: Elaborado pela autora.

Apresenta-se, a seguir, a caracterização dos participantes da fase de análise das propriedades psicométricas do desenvolvimento da Escala QUALI-HIV.

Participaram desta etapa 357 PVHIV elegíveis conforme os critérios de inclusão estabelecidos anteriormente. A maioria eram homens (215, que representaram 60,2% do total), seguidos por 142 (39,8%) mulheres. A idade dos participantes variou entre 18 e 73 anos. A faixa etária predominante foi entre 40 e 49 anos de idade (97 participantes, 27,2%), com mediana e média 43, e moda 50. O tempo referido ao conhecimento da condição de infecção pelo HIV variou entre 1 e 37 anos de diagnóstico (TABELA 8).

Tabela 8 – Distribuição da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis idade e tempo de diagnóstico dos participantes da fase de análise das propriedades psicométricas da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018

	Idade (anos)	Tempo de diagnóstico (anos)
Média	43,7	10,2
Mediana	43,0	9,0
Desvio padrão	12,2	7,8
Mínimo	18	01
Máximo	73	37

Fonte: Elaborado pela autora.

O grau de escolaridade encontrado variou entre pessoas sem estudo (nove, correspondentes a 2,5%), a pós-graduados (três, que representam 0,8%). A maior parcela da população (141 pessoas, 39,5% do total) relatou ter ensino médio completo; na sequência, vêm os que têm ensino fundamental incompleto (100 participantes, representando 28,0%) e ensino fundamental completo (69 pessoas, que equivalem a 19,3%), e 38 sujeitos (10,6%) possuíam ensino superior completo em nível de graduação (TABELA 9).

Tabela 9 – Caracterização socioeconômica dos participantes da fase de análise das propriedades psicométricas da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018

Variáveis	N (357)	%
Faixa etária – anos		
> 20	02	0,6
20 — 29	47	13,2
30 — 39	91	25,5
40 — 49	97	27,2
50 — 59	86	24,1
≥ 60	34	9,5
Escolaridade		
Sem estudo	09	2,5
Fundamental incompleto	100	28,0
Fundamental completo	69	19,3
Ensino médio completo	141	39,5
Superior completo	38	10,6
Ocupação		
Atividade não remunerada	45	12,8
Atividade remunerada	312	87,4
Situação trabalhista*		
Empregado	230	69,1
Aposentado	76	22,8
Desempregado	27	8,1
Situação econômica individual**		
≤ 1 salário	38	10,7
1,1 a 3 salários	237	66,6
3,1 a 6 salários	30	8,4
> 6 salários	07	2,0
Sem renda	44	12,4

*N=264, foram excluídas as pessoas que exercem atividade no lar familiar e estudantes; **N=357, renda individual mensal em salários mínimos vigente no período, R\$ 954,00.

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 10 – Descrição do uso de códon antes e após o diagnóstico do HIV em relação ao sexo, orientação sexual e condição sorológica do parceiro. Ribeirão Preto, SP, 2018

		Uso de códon antes do diagnóstico				Uso de códon após o diagnóstico			
		Não*		Sim		Não*		Sim	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	137	38,4	05	1,4	61	18,5	61	18,5
	Masculino	196	54,9	19	5,3	78	23,7	129	39,2
Orientação sexual	Heterossexual	232	65,0	10	2,8	102	31,0	119	36,2
	Homossexual	83	23,2	11	3,1	33	10,0	56	17,0
	Bissexual	17	4,8	02	0,6	04	1,2	13	4,0
	Transsexual	01	00,3	01	0,3	00	0,0	02	0,6
Condição sorológica do parceiro fixo	Soro discordante	113	31,7	06	1,7	44	13,4	73	22,2
	Soro concordante	86	24,1	04	1,1	42	12,8	48	14,6
	Não possui parceiro fixo	123	34,5	12	3,4	48	14,6	61	18,5
	Desconhece a condição sorológica	11	3,1	02	0,6	05	1,5	08	2,4
Condição sorológica do parceiro eventual	Soro discordante	13	3,6	02	0,6	01	0,3	14	4,3
	Soro concordante	05	01,4	01	0,3	02	0,6	04	1,2
	Não possui parceiro eventual	251	70,3	14	3,9	99	30,1	139	42,2
	Desconhece a condição	64	17,9	07	2,0	37	11,2	33	10,0

*Os participantes que relataram fazer uso eventual do códon foram incluídos na categoria de “não uso”.

Fonte: Elaborado pela autora.

Do total de entrevistados, a maioria (232 pessoas, que representam 65,0% do total) referiu não ter relacionamento; destes, 173 (48,5%) eram solteiros, 24 (6,7%) eram viúvos e 35 (9,8%), separados ou divorciados. As outras 125 pessoas (35,0%) relataram ter relacionamento. A maioria dos sujeitos (202, isto é, 56,6%) tinha filhos.

A renda mensal individual variou de zero reais (indivíduos sem renda) a 17 mil reais, com média R\$ 1756,53, mediana de R\$ 1300,00, e desvio padrão de R\$ 1827,77. Um entrevistado (0,3%) não quis revelar sua renda mensal.

Contabilizando a renda de todos os familiares que residem sobre o mesmo teto a renda mínima foi de zero reais, e a máxima, de cinquenta mil reais, com média de R\$ 2214,51, mediana de R\$ 1875,00, e desvio padrão de R\$ 3438,96 (TABELA 11).

Tabela 11 – Distribuição da renda mensal individual e familiar, e o número de pessoas que residem na mesma casa. Ribeirão Preto, SP, 2018

	Renda individual*	Renda familiar*	N. pessoas
Média	1756,53	2214,51	2,39
Mediana	1300,00	1875,00	2,00
Desvio padrão	1827,727	3438,964	1,563
Mínimo	0	0	0**
Máximo	1700,0	5000,0	10

*Valores em reais.

**Indivíduos que residem sozinhos.

Fonte: Elaborado pela autora.

A presença de religiosidade na vida dos participantes antes do diagnóstico de HIV foi referida por 281 (78,7%) entrevistados, condição que se manteve após o diagnóstico, conforme relatado por 284 (79,6%) sujeitos. Observou-se que a crença predominante foi a católica, declarada por 196 (54,9%) pessoas antes do diagnóstico e por 172 (48,2%) após o diagnóstico.

No que se refere aos hábitos de vida, a minoria (94 pessoas, isto é, 26,3%) disseram ter o hábito do tabagismo, ao passo que 263 (73,7%) não tinham esse hábito. Dos tabagistas, a quantidade média diária de uso de cigarro foi de 14,4 cigarros por dia, e a maioria dos que fumavam (64 sujeitos, 17,9%) tinha o hábito havia mais de 10 anos.

Em relação à ingestão de bebida alcoólica, a maioria (187 entrevistados, que representam 52,4%) fazia uso; destes, 12 (3,4%) fazia ingestão diária. Quanto a drogas ilícitas, 32 pessoas (9,0%) referiram fazer uso e, destas, 16 (4,5%) usavam diariamente.

Em referência à orientação sexual, a maioria das mulheres (139 das 142 entrevistadas, ou seja, 97,9%) e a maioria dos homens (103 dos 215 sujeitos, isto é, 47,9%) relataram se relacionar exclusivamente com o sexo oposto, declarando-se heterossexuais. Do total que se declarou homossexual (94 pessoas), a grande maioria eram homens (91, representando 96,8%), conforme se pode observar na tabela 12, a seguir.

Tabela 12 – Orientação sexual em relação ao sexo dos participantes da fase de análise das propriedades psicométricas da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018

Variáveis		Sexo					
		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Orientação sexual	Heterossexual	139	38,9	103	28,8	242	67,8
	Homossexual	03	0,8	91	25,5	94	26,3
	Bissexual	00	0,0	19	5,3	19	5,3
	Transsexual	00	0,0	02	0,6	02	0,6

Fonte: Elaborado pela autora.

Do total de participantes, 85 (23,8%) disseram não ter tido parceiro nos últimos seis meses, e 272 (76,2%) afirmaram tê-lo. Destes, 186 (52,1%) tinham parceria fixa, 57 (16,0%) tinham parceiros eventuais e 29 (8,1%) tiveram parceiros fixos e eventuais.

Dos sujeitos que afirmaram ter parceiro no período, a maioria (197 entrevistados, isto é, 52,5%) declarou ter se relacionado com apenas um parceiro, ao passo que 75 (21,0%) se relacionaram com duas ou mais pessoas no período.

No que se refere à quantidade de parceiros, os números variaram entre indivíduos com um parceiro (198 entrevistados, ou 55,5% do total) e uma pessoa (0,3%) que relatou ter se relacionado com seiscentos parceiros no período.

Quanto à condição sorológica para o HIV dos parceiros fixos, 13 (3,6%) disseram desconhecer o *status* do parceiro, ao passo que noventa (25,2%) relataram ser soro concordante e 119 (33,3%), soro discordante. Dos parceiros eventuais, seis (1,7%) eram sabidamente HIV positivo.

A respeito da forma de exposição ao HIV, o principal modo foi por via sexual, conforme relatado por 311 (87,1%) entrevistados (129 mulheres (90,8%) e 182 homens (84,7%). A transmissão através do compartilhamento de agulhas no uso de drogas injetáveis foi constatada em 11 (2,5%) casos, sendo três (0,8%) em mulheres e oito (2,2%) em homens. Para um (0,5%) participante do sexo masculino, a infecção ocorreu por transmissão vertical, e ainda 31 participantes (8,7%), isto é, dez (7,0%) mulheres e 21 (9,8%) homens, afirmaram desconhecer a forma como adquiriram o vírus.

A revelação diagnóstica foi mais expressiva na realização do exame quando feito o pedido pelo médico (169 casos, 47,3% do total), seguido pela iniciativa própria (quando o paciente procura o serviço de saúde para fazer o teste) de 139 indivíduos (38,9%). Observou-se também a revelação durante o pré-natal, tanto da

mulher quanto do parceiro (31 entrevistados, o que representa 8,7%), e na doação de sangue, em 18 casos (5,0%).

Os diagnósticos apresentam-se em ordem decrescente retrospectiva, correspondendo a maioria deles na quarta década da epidemia do HIV (166 pessoas, correspondentes a 46,5%), seguidos pela terceira década (127 indivíduos, ou 35,5%), segunda década (60 pessoas, isto é, 16,8%) e em sua minoria, quatro participantes (1,1%), com revelação diagnóstica na primeira década, conforme se observa na figura 8.

Figura 8 – Distribuição da revelação diagnóstica em relação às décadas de epidemia do HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às variáveis clínicas, a maior parte dos entrevistados (236 pessoas, o equivalente a 66,2%) teve a revelação diagnóstica há mais de cinco anos; o tempo de tratamento com uso dos ARV variou de menos de um ano a no máximo 27 anos, sendo que a maioria, 131 (36,7%) estava fazendo uso no período compreendido de um a cinco anos (TABELA 13).

Tabela 13 – Descrição das características clínicas e laboratoriais em relação ao sexo, de pessoas que vivem com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018

Variáveis		Sexo				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Tempo de ciência da infecção pelo HIV (anos)	≤ 2 anos	14	9,9	61	28,4	75	21,0
	2 a 5 anos	20	14,1	26	12,1	46	12,9
	≥ 5 anos	108	76,1	128	59,5	236	66,2
Linfócitos TCD4+ (mm ³ /sangue)	≤ 350	16	11,3	27	12,6	43	12,1
	351 a 500	27	19,0	36	16,7	63	17,7
	≥ 500	99	69,7	152	70,7	251	70,3
Carga viral (cópias/ml)	Indetectável (≤ 40)	121	85,2	185	86,0	306	85,7
	≤ 10.000	13	9,2	17	7,9	30	8,4
	10.000 a 100.000	07	4,9	07	3,3	14	4,0
	≥ 100 000	01	0,7	06	2,8	07	2,0
Tempo de tratamento ARV (anos)	< 1 ano	08	2,2	33	9,2	41	11,5
	1 a 5 anos	55	15,4	76	21,3	131	36,7
	6 a 10 anos	29	8,1	45	12,6	74	20,7
	> 10 anos	50	14,0	61	17,1	111	31,1
Co-morbidade	Ausência de comorbidade	70	49,3	138	64,2	208	58,3
	Uma comorbidade	45	31,7	49	22,8	94	26,3
	Duas ou mais comorbidades	27	19,0	28	13,0	55	15,4
Co-infecção	Ausência	127	89,4	186	86,5	313	87,7
	Co-infectado	15	10,6	29	13,5	44	12,3

Fonte: Elaborado pela autora.

Todos os participantes desta etapa faziam uso de ARV, de acordo com os critérios de elegibilidade deste estudo. Foram observados 37 diferentes esquemas de tratamento ARV registrados nos prontuários dos pacientes, sendo cinco (1,4%) esquemas com dois, 234 (65,5%) esquemas com três, 109 (30,5%) esquemas com quatro e 09 (2,5%) esquemas com cinco medicamentos.

Observou-se que a combinação mais frequente das medicações foi de Tenofovir, Lamivudina, Efavirez (126 casos, representando 35,3%), conhecida como “Três em um”, pois sua apresentação farmacológica é em apenas uma cápsula (TABELA 14).

Verificou-se, ainda, a existência de outro tipo de combinação, conhecida como “Dois em um” (Lamivudina e Zidovudina) em associação a um outro medicamento em 28 pacientes (7,8%), e “Dois em um” associada a dois outros medicamentos em 23 casos (6,4%). Outras combinações também foram observadas e são apresentadas na tabela 15, a seguir.

Tabela 14 – Descrição dos esquemas de medicamentos antirretrovirais utilizados pelas pessoas vivendo com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018

Combinações de medicamentos		N (357)	%
Variáveis	Lamivudina + Zidovudina (combinados) + um medicamento	28	7,8
	Lamivudina + Zidovudina (combinados) + dois medicamentos	23	6,4
	Lamivudina, Tenofovir, Efavirenz (combinados)	126	35,3
	Lamivudina, Tenofovir, Efavirenz (combinados) um medicamento	02	0,6
	Lamivudina, Tenofovir, Efavirenz (combinados) dois medicamentos	01	0,3
	Dois medicamentos	05	1,4
	Três medicamentos	80	22,4
	Quatro medicamentos	84	23,5
	Cinco medicamentos	08	2,2
	Total	357	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre os 357 pesquisados, foram encontradas informações de comorbidade em 149 (41,7%) prontuários. Ressalta-se que as mais prevalentes foram hipertensão (63 casos, 17,7%), dislipidemia (48 pacientes, 13,5%) e depressão (30 indivíduos, 8,4%) (TABELA 15). Destaca-se que alguns pacientes apresentaram mais de uma comorbidade associada.

As variáveis que compuseram a categoria outras (14, isto é, 3,9%) se referem a lipodistrofia (dois casos, 0,6%); alteração neurocognitivo (sete pessoas, isto é, (2%); doenças renais (dois pacientes, ou seja, 0,6%); alteração de enzimas hepáticas (um indivíduo, que representa 0,3%); plaquetopenia secundária ao HIV (um caso, 0,3%); e neuropatia secundária a TARV (uma pessoa, 0,3%).

Quanto os aspectos infecciosos, do total de pesquisados, 48 (13,4%) apresentavam coinfeção; sendo 17 (12,0%) mulheres, e 31 (14,4%) homens. Ressalta-se que alguns indivíduos apresentaram mais de uma coinfeção.

No que diz respeito à variável outras coinfeções, constataram-se oito (2,2%) casos, distribuídos da seguinte forma: dois (0,6%) de herpes zoster; um (0,3%) de citomegalovírus; um (0,3%) de HTLV, um (0,3%); e três (0,8%) de HPV.

Tabela 15 – Descrição das variáveis comorbidades e coinfeção de pacientes vivendo com HIV que compuseram a fase de análise psicométricas da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto – SP, 2018

Variáveis			Sexo					
			Feminino		Masculino		Total	
			N	%	N	%	N	%
Comorbidades	Dislipidemia	Não	125	88,0	184	85,6	309	86,5
		Sim	17	12,0	31	14,4	48	13,5
	Hipertensão	Não	113	79,6	181	84,2	294	82,3
		Sim	29	20,4	34	15,8	63	17,7
	Diabetes	Não	127	87,3	204	94,9	331	92,7
		Sim	18	12,7	11	5,1	29	7,3
	Depressão	Não	122	85,9	205	95,3	327	91,6
		Sim	20	14,1	10	4,7	30	8,4
	Cardiopatía	Não	138	97,2	210	97,7	348	97,5
		Sim	04	2,8	05	2,3	09	2,5
	Neoplasia	Não	142	100,0	210	97,7	352	98,6
		Sim	00	0,0	05	2,3	05	1,4
	Outras	Não	137	96,5	206	95,8	343	96,1
		Sim	05	3,5	09	4,2	14	3,9
Coinfecção	Tuberculose	Não	136	95,8	210	97,7	346	96,9
		Sim	06	4,2	05	2,3	11	3,1
	Pneumonia	Não	139	97,9	214	99,5	353	98,9
		Sim	03	2,1	01	0,5	04	1,1
	Toxoplasmose*	Não	141	99,3	212	98,6	353	98,9
		Sim	01	0,7	03	1,4	04	1,1
	Sífilis	Não	139	97,9	198	92,1	337	94,4
		Sim	03	2,1	17	7,9	20	5,6
	Hepatite C	Não	140	98,6	210	97,7	350	98,0
		Sim	02	1,4	05	2,3	07	2,0
	Outras	Não	137	96,5	212	98,6	349	97,8
		Sim	05	3,5	03	1,4	08	2,2

*a variável contempla toxoplasmose e neurotoxoplasmose.

Fonte: Elaborado pela autora.

7.3.2 Análise fatorial exploratória

A análise fatorial exploratória (AFE), possibilitou determinar os fatores da escala QUALI-HIV e o alocamento dos itens em seus respectivos fatores.

Primeiramente, para verificar se a matriz de dados era passível de fatoraçoão, ou seja, se os dados poderiam ser submetidos ao procedimento de análise fatorial exploratória, foram realizados dois testes: o teste de avaliação de KMO e o teste de Esfericidade de Bartlett, cujos resultados se apresentam no quadro 4, a seguir.

Quadro 4 – Resultado dos testes de Kaiser- Meyer-Olkin e o teste de Esfericidade de Bartlett da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2018

Teste	Resultado
KMO	0,832
Esfericidade de Bartlett	<0,001

Fonte: Elaborado pela autora.

Corroborando com número obtido no teste KMO, o teste de Esfericidade de Bartlett rejeitou a hipótese nula (H_0 : Matriz de Correlação Identidade), já que este resultou no valor $p < 0,001$ ($\chi^2 6179,523$ e gl 990). Esses resultados rejeitam a hipótese nula de que a matriz de dados fosse similar a uma matriz identidade, demonstrando, dessa maneira, que é possível o prosseguimento da análise fatorial da Escala QUALI-HIV.

A tabela 16 apresenta os autovalores e a variância explicada obtida na AFE.

Tabela 16 – Variância explicada dos fatores da Escala QUALI-HIV de acordo com a primeira Análise Fatorial Exploratória. Ribeirão Preto, SP, 2018

Fator	Variância total explicada								
	Autovalores iniciais			Soma de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada
1	8,758	17,173	17,173	8,758	17,173	17,173	6,862	13,456	13,456
2	4,557	8,935	26,108	4,557	8,935	26,108	3,063	6,006	19,461
3	3,026	5,934	32,041	3,026	5,934	32,041	2,660	5,216	24,678
4	2,253	4,417	36,459	2,253	4,417	36,459	2,517	4,935	29,613
5	1,885	3,697	40,155	1,885	3,697	40,155	2,283	4,477	34,090
6	1,602	3,140	43,296	1,602	3,140	43,296	2,176	4,267	38,357
7	1,499	2,939	46,235	1,499	2,939	46,235	1,963	3,850	42,207
8	1,464	2,871	49,106	1,464	2,871	49,106	1,626	3,189	45,396
9	1,385	2,716	51,821	1,385	2,716	51,821	1,594	3,126	48,522
10	1,327	2,603	54,424	1,327	2,603	54,424	1,588	3,113	51,635
11	1,196	2,345	56,769	1,196	2,345	56,769	1,578	3,095	54,730
12	1,116	2,189	58,958	1,116	2,189	58,958	1,509	2,958	57,689
13	1,063	2,085	61,042	1,063	2,085	61,042	1,319	2,585	60,274
14	1,036	2,031	63,074	1,036	2,031	63,074	1,250	2,452	62,725
15	1,013	1,986	65,060	1,013	1,986	65,060	1,191	2,334	65,060
16	,960	1,882	66,942						
17	,860	1,685	68,627						
18	,855	1,676	70,303						
19	,823	1,613	71,916						
20	,760	1,491	73,407						
21	,737	1,445	74,852						
22	,704	1,381	76,233						
23	,692	1,357	77,590						
24	,669	1,312	78,902						
25	,646	1,267	80,169						
26	,617	1,209	81,378						
27	,592	1,162	82,539						
28	,579	1,135	83,674						
29	,553	1,085	84,759						
30	,543	1,065	85,824						
31	,522	1,024	86,848						
32	,504	,988	87,836						
33	,482	,944	88,780						
34	,466	,914	89,694						
35	,436	,855	90,549						
36	,423	,830	91,379						
37	,398	,781	92,160						

Variância total explicada									
Fator	Autovalores iniciais			Soma de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada
38	,387		,759			92,919			
39	,375		,736			93,655			
40	,364		,713			94,368			
41	,335		,656			95,024			
42	,318		,624			95,648			
43	,316		,619			96,267			
44	,297		,582			96,848			
45	,290		,568			97,416			
46	,254		,498			97,914			
47	,241		,472			98,386			
48	,232		,454			98,840			
49	,207		,407			99,247			
50	,203		,399			99,646			
51	,181		,354			100,000			

Método de Extração: Unweighted Least Squares.

A primeira AFE demonstrou-se em 15 fatores ou dimensões possíveis para o agrupamento dos 51 itens da escala. Entretanto, para se alcançar uma variância explicada mais próxima da considerada satisfatória, optou-se pela extração de quatro fatores em que a variância apresentada corresponde a 36,4% da explicação total. A tabela 17 apresenta os itens que apresentaram carga fatorial $\leq 0,30$ alocados em quatro fatores.

Tabela 17 – Matriz de cargas fatoriais e comunalidades da Escala QUALI-HIV. 51 Itens. Ribeirão Preto, SP, 2018

Matriz de componentes rotacionados				
Itens da escala	Fatores			
	1	2	3	4
Q1		,673		
Q3		,672		
Q4		,381		
Q5		,401		
Q8*				
Q9*				
Q10*				
Q11		,437		
Q12				,488
Q13	,453			
Q14	,373	,360		
Q15		,401		
Q16		,342		
Q17	,541			
Q20		,482		
Q21	,403	,334		
Q23		,391		
Q29	,388			
Q32		,413		
Q33		,469		
Q37	,486	,373		
Q42*				
Q46			,836	
Q47			,814	
Q48			,760	
Q50	,382			
Q51				,534
Q2_R	,621			
Q6_R	,326			
Q7_R	,320			
Q18_R	,648			
Q19_R				,411
Q22_R	,464			
Q24_R	,381	-,324		,495
Q25_R	,619			
Q26_R	,478	-,426		
Q27_R				,565
Q28_R	,713			
Q30_R	,678			
Q31_R	,330			
Q34_R	,304			
Q35_R	,440			

Q36_R	,746	
Q38_R	,463	-,323
Q39_R	,522	
Q40_R	,540	
Q41_R*		
Q43_R	,741	
Q44_R	,631	
Q45_R*		
Q49_R	,622	

Método de extração: Unweighted Least Squares. Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser. a. Rotação convergida em 6 iterações.

Sendo assim, foram excluídos seis itens que não atendiam aos critérios determinados de inclusão, como é possível observar no quadro 5, a seguir.

Quadro 5 – Descrição dos itens excluídos após a primeira análise. Ribeirão Preto, SP, 2018

Item	Descrição
08	Tomo os antirretrovirais nos horários corretos.
09	Recebo informações da equipe de saúde sobre o meu tratamento.
10	Recebo informações da equipe de saúde sobre os efeitos adversos dos antirretrovirais.
41	Minha família me julga culpado por ter contraído o HIV.
42	Recebo apoio da minha família por viver com HIV.
45	O HIV pode interferir na capacidade de ter filhos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os itens que atenderam aos critérios de inclusão foram alocados em seus respectivos fatores conforme os resultados apresentados pela matriz fatorial rotacionada e podem ser observados no quadro 6. O Fator 1 contempla 26 itens, sendo o maior fator da Escala QUALI-HIV; o Fator 2 abarca 11 itens; Fator 3, três itens; Fator 4, com cinco itens.

Os quatro fatores que compõem a Escala QUALI-HIV receberam as seguintes denominações:

Fator 1: Impacto da infecção pelo HIV na qualidade de vida;

Fator 2: Bem estar;

Fator 3: Atividade física;

Fator 4: Revelação diagnóstica.

Quadro 6 – Alocação dos itens da Escala QUALI-HIV em seus respectivos fatores. Ribeirão Preto, SP, 2018

Quatro dimensões	
Fatores	Itens
Fator 1	Q13- Realizo atividades de lazer Q14- Sinto vontade de passear Q17- Realizo as atividades diárias normalmente depois que descobri o HIV Q21- O tratamento da infecção pelo HIV é tranquilo Q29- Convivo sem sofrimento com o diagnóstico do HIV

Quatro dimensões	
Fatores	Itens
	Q37- Aproveito a vida ao máximo Q50- Mantenho o mesmo ciclo de amizade após o diagnóstico do HIV Q2R- Deixo de passear por causa do HIV Q6R- Sinto náusea ou enjoo quando tomo os antirretrovirais Q7R- Tenho dificuldades em tomar os antirretrovirais Q18R- A infecção pelo HIV interfere no trabalho Q22R- Desde que comecei a tomar os antirretrovirais sinto-me indisposto Q25R- Me isolei das pessoas por causa do HIV Q26R- O HIV mudou minha forma de viver Q28R- O diagnóstico do HIV tirou a minha razão para viver Q30R- A minha autoestima piorou após o diagnóstico do HIV Q31R- Sinto-me culpado(a) por ter contraído o HIV Q34R- Fico com medo de morrer por causa do HIV Q35R- Sofro preconceito por ter HIV Q36R- Viver com HIV interfere no meu dia a dia Q38R- Sinto menos vontade de fazer sexo desde o diagnóstico do HIV Q39R- Considero-me desinteressado(a) afetivamente pelo meu parceiro(a) ou qualquer outra pessoa por causa do HIV Q40R- Meu relacionamento familiar piorou após o diagnóstico do HIV Q43R- Viver com HIV interfere na minha qualidade de vida Q44R- Realizar o tratamento interfere no trabalho Q49R- É difícil viver com a infecção do HIV
Fator 2	Q1- Preocupo-me com minha alimentação Q3- Mantenho a alimentação saudável para melhora da minha saúde Q4- Desde que iniciei o uso dos antirretrovirais tenho mais apetite Q5- Costumo ir às consultas médicas agendadas Q11- Realizo atividades físicas (como esporte, ir na academia, fazer caminhada) Q15- O preservativo deve ser utilizado nas relações sexuais Q16- O contato com secreções genitais deve ser evitado na relação sexual Q20- Desde que iniciei o uso dos antirretrovirais melhorei a maneira de me alimentar Q23- Fico preocupado(a) se a minha infecção pelo HIV está controlada Q33- A religião me ajuda após o diagnóstico do HIV Q32- Sinto medo de transmitir o HIV para outras pessoas
Fator 3	Q46- A prática de atividade física pode melhorar a saúde Q47- As atividades físicas diminuem sentimento de tristeza, ansiedade e estresse Q48- A prática de atividade física melhora a imagem corporal
Fator 4	Q12- Falo abertamente sobre a minha condição sorológica para as pessoas Q51- Meus amigos sabem que eu tenho HIV Q19R- Tenho dificuldade de ir ao médico por causa do trabalho Q24R- Tenho medo de perder meus amigos se eles souberem que tenho HIV Q27R- Tenho medo de contar para as pessoas que convivem comigo que tenho HIV

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a realização da AFE, definição dos fatores e exclusão dos itens, realizou-se a novamente a AFE, cuja finalidade foi examinar a variância explicada da Escala QUALI-HIV. Verificou-se, então, a explicação de 39,95% com quatro fatores (TABELA 18).

Tabela 18 – Variância explicada dos fatores da Escala QUALI-HIV de acordo com a segunda Análise Fatorial Exploratória. Ribeirão Preto, SP, 2019

Fator	Variância explicada								
	Autovalores iniciais			Soma de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada
1	8,542	18,982	18,982	7,950	17,667	17,667	7,783	17,295	17,295
2	4,417	9,817	28,799	3,752	8,339	26,005	3,722	8,271	25,566
3	2,929	6,508	35,307	2,409	5,353	31,359	2,186	4,857	30,423
4	2,092	4,650	39,957	1,555	3,455	34,814	1,976	4,390	34,814
5	1,786	3,969	43,926						
6	1,451	3,224	47,150						
7	1,420	3,155	50,305						
8	1,339	2,976	53,281						
9	1,153	2,562	55,843						
10	1,098	2,440	58,283						
11	1,058	2,351	60,634						
12	1,028	2,284	62,917						
13	,974	2,165	65,083						
14	,901	2,002	67,085						
15	,859	1,909	68,994						
16	,812	1,805	70,799						
17	,769	1,709	72,508						
18	,747	1,661	74,169						
19	,695	1,545	75,715						
20	,695	1,545	77,259						
21	,661	1,470	78,729						
22	,627	1,392	80,121						
23	,608	1,351	81,472						
24	,597	1,326	82,798						
25	,576	1,280	84,078						
26	,542	1,205	85,284						
27	,520	1,155	86,438						
28	,495	1,099	87,538						
29	,483	1,073	88,610						
30	,434	,964	89,575						
31	,429	,954	90,528						
32	,412	,916	91,444						
33	,400	,888	92,333						
34	,393	,874	93,207						
35	,364	,810	94,016						

Variância explicada									
Fator	Autovalores iniciais			Soma de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada
36	,344	,765	94,781						
37	,329	,732	95,513						
38	,315	,700	96,212						
39	,299	,664	96,876						
40	,270	,600	97,476						
41	,263	,583	98,060						
42	,246	,546	98,605						
43	,219	,487	99,092						
44	,211	,468	99,560						
45	,198	,440	100,000						

Método de Extração: Unweighted Least Squares.

7.3.3 Confiabilidade

A confiabilidade total do instrumento e dos fatores foi verificada conforme a análise do Alfa de Cronbach. Na tabela 19 estão descritos os valores do alfa segundo o agrupamento dos fatores.

Tabela 19 - Descrição do Alfa de Cronbach pelos fatores segundo agrupamento proposto pela AFE. Ribeirão Preto, SP, 2018

Fator	Item	N. Itens	A
1	Q13, Q14, Q17, Q21, Q29, Q37, Q50, Q2_R, Q6_R, Q7_R, Q18_R, Q22_R, Q25_R, Q26_R, Q28_R, Q30_R, Q31_R, Q34_R, Q35_R, Q36_R, Q38_R, Q39_R, Q40_R, Q43_R, Q44_R, Q49_R	26	0,897
2	Q01, Q03, Q04, Q05, Q11, Q15, Q16, Q20, Q23, Q32, Q33	11	0,745
3	Q46, Q47, Q48	03	0,859
4	Q12, Q51, Q19_R, Q24_R, Q27_R	05	0,681
Total		45	0,847

Fonte: Elaborado pela autora.

7.3.4 Análise do efeito floor e ceiling 1

Observa-se o efeito *Floor* e *Ceiling* na maioria dos itens, ocorrendo o efeito *ceiling* em 16 itens, e o *floor* em 30 itens (Tabela 20).

Tabela 20 – Descrição do Efeito *Floor* e *Ceiling* dos itens da Escala QUALI-HIV, Fase 3. Ribeirão Preto, SP, 2018

Item	Resposta									
	Nunca		Raramente		Às vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q01	45	12,6	36	10,1	73	20,4	65	18,2	138	38,7
Q02_R	274	76,8	33	9,2	26	7,3	11	3,1	13	3,6
Q03	47	13,2	35	9,8	87	24,4	48	13,4	140	39,2
Q04	175	49,0	48	13,4	48	13,4	22	6,2	64	17,9
Q05	01	0,3	06	1,7	23	6,4	50	14,0	277	77,6
Q06_R	286	80,1	23	6,4	30	8,4	07	2,0	11	3,1
Q07_R	291	81,5	22	6,2	27	7,6	05	1,4	12	3,4
Q08	15	4,2	06	1,7	32	9,0	59	16,5	245	68,6
Q09	13	3,6	05	1,4	10	2,8	56	15,7	273	76,5
Q10	25	7,0	10	2,8	23	6,4	55	15,4	244	68,3
Q11	156	43,7	45	12,6	79	22,1	13	3,6	64	17,9
Q12	252	70,6	49	13,7	17	4,8	05	1,4	34	9,5
Q13	51	14,3	26	7,3	113	31,7	44	12,3	123	34,5
Q14	24	6,7	16	4,5	94	26,3	47	13,2	176	49,3
Q15	10	2,8	03	0,8	20	5,6	37	10,4	287	80,4
Q16	16	4,5	06	1,7	24	6,7	43	12,0	268	75,1
Q17	22	6,2	06	1,7	22	6,2	47	13,2	260	72,8

Item	Resposta									
	Nunca		Raramente		Às vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q18_R	245	68,6	26	7,3	39	10,9	18	5,0	29	8,1
Q19_R	219	61,3	23	6,4	74	20,7	21	5,9	20	5,6
	De forma alguma		Um pouco		Mais ou menos		Bastante		Extremamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q20	80	22,4	55	15,4	91	25,5	95	26,6	36	10,1
Q21	19	5,3	39	10,9	72	20,2	123	34,5	104	29,1
Q22_R	254	71,1	44	12,3	29	8,1	19	5,3	11	3,1
Q23	87	24,4	59	16,5	37	10,4	104	29,1	69	19,3
Q24_R	153	42,9	39	10,9	39	10,9	70	19,6	55	15,4
Q25_R	256	71,7	40	11,2	31	8,7	18	5,0	11	3,1
Q26_R	153	42,9	64	17,9	34	9,5	63	17,6	42	11,8
Q27_R	96	26,9	58	16,2	40	11,2	84	23,5	78	21,8
Q28_R	277	77,6	23	6,4	22	6,2	22	6,2	12	3,4
Q29	54	15,1	57	16,0	58	16,2	74	20,7	113	31,7
Q30_R	214	59,9	57	16,0	33	9,2	34	9,5	18	5,0
Q31_R	185	51,8	52	14,6	28	7,8	62	17,4	29	8,1
Q32_R	59	16,5	43	12,0	18	5,0	116	32,5	120	33,6
Q33	113	31,7	48	13,4	39	10,9	81	22,7	75	21,0
Q34_R	194	54,3	42	11,8	42	11,8	48	13,4	30	8,4
Q35_R	219	61,3	68	19,0	33	9,2	25	7,0	11	3,1
Q36_R	234	65,5	53	14,8	29	8,1	23	6,4	17	4,8
Q37	22	6,2	29	8,1	55	15,4	128	35,9	122	34,2
Q38_R	184	51,5	47	13,2	41	11,5	43	12,0	41	11,5
Q39_R	219	61,3	40	11,2	28	7,8	31	8,7	38	10,6
Q40_R	299	83,8	28	7,8	14	3,9	11	3,1	04	1,1
Q41_R	318	89,1	20	5,6	07	2,0	08	2,2	03	0,8
Q42	101	28,3	31	8,7	42	11,8	91	25,5	91	25,5
Q43_R	223	62,5	57	16,0	44	12,3	17	4,8	15	4,2
Q44_R	261	73,1	39	10,9	31	8,7	14	3,9	11	3,1
	Discordo plenamente		Discordo		Nem discordo, nem concordo		Concordo		Concordo plenamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q45_R	106	29,7	98	27,5	48	13,4	56	15,7	48	13,4
Q46	03	0,8	05	1,4	05	1,4	132	37,0	211	59,1
Q47	04	1,1	18	5,0	14	3,9	112	31,4	208	58,3
Q48	04	1,1	08	2,2	14	3,9	113	31,7	217	60,8
Q49_R	83	23,2	88	24,6	73	20,4	61	17,1	51	14,3
Q50	23	6,4	30	8,4	67	18,8	138	38,7	98	27,5
Q51	140	39,2	82	23,0	65	18,2	47	13,2	22	99,7

Fonte: Elaborado pela autora.

7.3.5 Caracterização dos participantes da Análise Multitraço Multimétodo

Na fase quatro, buscou-se realizar a análise da estrutura fatorial por meio da análise estatística multitraço-multimétodo.

Conforme os critérios de elegibilidade deste estudo, participaram nesta fase 103 PVHIV, das quais 61 (59,2%) eram do sexo masculino e 42 (40,8%) do sexo

feminino. A coleta de dados ocorreu em quatro SAE, conforme os dados da tabela a seguir.

Tabela 21 – Distribuição das entrevistas realizadas na fase 4 da construção da Escala QUALI-HIV por unidades de atendimento especializado às pessoas vivendo com HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

Unidade de atendimento	N (103)	%
Centro de Referência em Especialidades Central "Enfermeira Maria da Conceição da Silva	27	26,2
Ambulatório Especializado do Centro de Saúde Escola Cuiabá	34	33,0
Centro de Referência "Alexander Fleming"	31	30,1
Ambulatório Especializado da UBDS Castelo Branco "Dr. Ítalo Baruffi".	11	10,7

Fonte: Elaborado pela autora.

A idade dos participantes e o tempo de conhecimento sobre o *status* de PVHIV pode ser observado na tabela abaixo (TABELA 22).

Tabela 22 – Distribuição da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis idade e tempo de diagnóstico dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

	Idade (anos)	Tempo de diagnóstico (anos)
Média	43,4	8,5
Mediana	44,0	6,0
Desvio padrão	12,9	7,0
Mínimo	19	01
Máximo	73	24

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre os participantes que declararam ter ensino médio (TABELA 23), oito (7,8%) haviam iniciado curso superior, mas não o concluíram. O grau máximo de escolaridade foi observado em um (1,0%) paciente, que tinha curso superior e especialização.

Tabela 23 – Caracterização socioeconômica dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

Variáveis	N (103)	%
Faixa etária – anos		
< 20	01	1,0
20 – 29	15	14,6
30 – 39	26	25,2
40 – 49	25	24,3
50 – 59	24	23,3
≥ 60	12	11,7
Escolaridade		
Sem estudo	01	1,0
Fundamental incompleto	29	28,2
Fundamental completo	23	22,3

Variáveis	N (103)	%
Faixa etária – anos		
Ensino médio completo	41	39,8
Superior completo	09	8,7
Ocupação		
Atividade não remunerada	11	10,7
Atividade remunerada	92	89,3
Situação trabalhista*		
Empregado	77	74,8
Aposentado	15	14,6
Desempregado	06	5,8
Situação econômica individual**		
≤ 1 salário	09	8,7
1,1 a 3 salários	60	58,3
3,1 a 6 salários	21	20,4
> 6 salários	03	2,9
Sem renda	10	9,7

*N=98, foram excluídas as pessoas que exercem atividade no lar familiar e estudantes; **N=, renda individual mensal em salários mínimos vigente no período, R\$ 954,00.

Fonte: Elaborado pela autora.

Com referência à vida afetivo-sexual, a maioria das PVHIV (69 delas, o equivalente a 67,0%) referiram não possuir parceiro; destes, 53 (51,5%) eram solteiros; dez eram divorciados ou desquitados, e seis (5,8%) eram viúvos.

Constatou-se que 48 (46,6%) indivíduos não tinham filhos, ao passo que a maioria (55 pessoas, o que representa 53,4% do total) afirmaram ter filhos. A média e a mediana entre esses eram de dois filhos; porém, a maioria (23 pessoas, ou 22,3%) tinha apenas um filho. O número máximo de filhos foi relatado por um (1,0%) participante, que afirmou ter sete filhos.

Observou-se a prática religiosa antes do diagnóstico de HIV em 89 participantes (86,4%) e, após, em 90 (87,4%) deles. Prevaleceu a crença católica antes e após o diagnóstico, sendo de 45 (43,7%) e 48 (47,7%), respectivamente, seguida por evangélicos, sendo 15 praticantes, correspondentes a 14,6%, antes, e 19 (18,4%), depois.

Em relação aos aspectos econômicos observaram-se indivíduos sem fonte de renda salarial mensal (TABELA 24). Dos 11 (10,7) pacientes que constaram na categoria de atividade não remunerada, cinco (4,8%) estavam desempregados e sem renda, quatro (3,9%) exerciam atividade no lar e um (1,0%) era estudante. Na categoria situação trabalhista, entre os seis (5,8%) participantes desempregados, um (1,0%) recebia seguro desemprego e cinco (5,1%) não tinham nenhuma fonte financeira.

Tabela 24 – Distribuição da renda mensal individual e familiar, e o número de pessoas que residem na mesma casa dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

	Renda individual*	Renda familiar*	N. pessoas
Média	2039,2	3507,0	1,5
Mediana	1700,0	3000,0	1,0
Desvio padrão	1965,4	2502,8	1,3
Mínimo	0	0	0**
Máximo	15000,0	15000,0	07

*Valor em reais. **indivíduos que residem sozinhos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto aos hábitos de vida e uso de substâncias psicoativas, a ingestão de bebida alcoólica foi relatada por 54 pessoas (52,4%), ao passo que 49 participantes (47,6%) disseram não o consumir. Observou-se que quatro (3,9%) afirmaram fazer uso diário do álcool. O uso de drogas ilícitas foi relatado por 10 (9,8%) participantes.

O hábito tabagista foi observado em 21 (20,4%) participantes, enquanto a maioria (82 pessoas, ou 79,6%) não fumava. O tempo médio em anos de tabagismo variou entre seis e 44 anos, e a quantidade média diária de cigarro consumido foi de 18 unidades.

Todas as 42 mulheres (40,8% do total de participantes) e 29 homens (28,2% do total) referiram ser heterossexuais, ao passo que 30 (29,1%) homens declararam ser homossexuais e dois (1,9%), bissexuais (TABELA 25).

Tabela 25 – Orientação sexual em relação ao sexo dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

Variáveis		Sexo				Total	
		Feminino		Masculino			
		N(42)		N(61)			
		N	%	N	%	N	%
Orientação sexual	Heterossexual	42	40,8	29	28,2	71	68,9
	Homossexual	00	0,0	30	29,1	30	29,1
	Bissexual	00	0,0	02	1,9	02	1,9

Fonte: Elaborado pela autora.

Para a variável uso de códon antes do diagnóstico, consideraram-se 102 participantes, visto que uma participante relatou não ter se relacionado sexualmente antes de sua condição de infectada pelo HIV. De modo semelhante, para a variável uso de códon após o diagnóstico, consideraram-se 94 participantes, uma vez que nove PVHIV relataram não ter mais se relacionado sexualmente após o diagnóstico (TABELA 26).

Tabela 26 – Descrição do uso de códon antes e após o diagnóstico do HIV em relação ao sexo, orientação sexual e condição sorológica do parceiro, dos participantes da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

		Uso de códon antes do diagnóstico*				Uso de códon após o diagnóstico*			
		N(102)				N(94)			
		Não*		Sim		Não*		Sim	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	41	40,2	00	0,0	21	22,3	14	14,9
	Masculino	58	56,9	03	2,9	26	27,7	33	35,1
Orientação sexual	Heterossexual	69	67,6	01	1,0	34	36,2	30	31,9
	Homossexual	28	27,5	02	2,0	11	11,7	17	18,1
	Bissexual	02	2,0	00	0,0	02	2,1	00	0,0
Condição sorológica do parceiro fixo	Soro discordante	34	33,3	01	1,0	14	14,9	22	23,4
	Soro concordante	26	25,5	00	0,0	18	19,1	07	7,4
	Não possui parceiro fixo	27	36,3	01	1,0	13	13,8	17	18,1
	Desconhece a condição sorológica	02	2,0	01	1,0	02	2,1	01	1,1
Condição sorológica do parceiro eventual	Soro discordante	01	1,0	00	0,0	00	0,0	1,0	1,1
	Soro concordante	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0
	Não possui parceiro eventual	73	71,6	00	0,0	29	30,9	36	38,3
	Desconhece a condição	25	24,5	03	2,9	18	19,1	10	10,6

*Os participantes que relataram fazer uso eventual do códon foram incluídos na categoria de “não uso”.

Fonte: Elaborado pela autora.

O ano da revelação diagnóstica do HIV foi mais expressivo a partir de 2010, na quarta década da epidemia do HIV, em que constam 61 (59,2%) diagnósticos, conforme é possível ver na figura a seguir.

Figura 9 – Distribuição da revelação diagnóstica em relação às décadas de epidemia do HIV.
Ribeirão Preto – SP, 2019

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto aos parâmetros laboratoriais da população estudada, prevaleceu a contagem de linfócitos TCD4 superior a 500 células por mm^3 de sangue, verificada em 70 pacientes (68,0%), e a carga viral indetectável de cópias em ml, em 91 participantes (88,4%) (TABELA 27). Os exames laboratoriais foram representados pelo último exame registrado no prontuário do paciente.

As comorbidades foram coletadas por meio de análise das anotações médicas nos prontuários, e constatou-se que 21 (20,4%) PVHIV eram acometidas por uma comorbidade, e 17 (16,5%), por duas ou mais. Quanto às coinfeções, encontrou-se que a maioria da população, 89 (86,4%) PVHIV, não era coinfectada; por outro lado, 13 (12,6%) apresentavam uma doença coinfecciosa, e um (1,0%) participante apresentou duas (TABELA 27). A descrição das comorbidades pode ser observada na tabela 28.

Tabela 27 – Descrição das características clínicas e laboratoriais em relação ao sexo, de pessoas que vivem com HIV que participaram da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

Variáveis		Sexo					
		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Tempo de ciência da infecção pelo HIV (anos)	≤ 2 anos	08	7,8	22	21,4	30	29,2
	2 – 5 anos	04	3,9	14	13,6	18	17,5
	5 – 10 anos	13	12,6	07	6,8	20	19,4

Variáveis		Sexo					
		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
	> 10 anos	17	16,5	18	17,5	35	34,0
Linfócitos TCD4+ (mm ³ /sangue)	≤ 350	06	5,8	05	4,9	11	10,7
	351 – 500	12	11,7	10	9,7	22	21,4
	≥ 500	24	23,3	46	44,7	70	68,0
Carga viral (cópias/ml)	Indetectável (≤ 40)	36	35,0	55	53,4	91	88,4
	≤ 10.000	03	2,9	04	3,9	07	6,8
	10.000 – 100.000	03	2,9	02	1,9	05	4,8
	≥ 100 000	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Tempo de tratamento ARV (anos)	< 1 ano	04	3,9	05	4,9	09	8,7
	1 a 5 anos	12	11,7	34	33,0	46	44,7
	6 a 10 anos	12	11,7	10	9,7	22	21,4
	> 10 anos	14	13,6	12	11,7	26	25,2
Co-morbidade	Ausência de comorbidade	21	20,4	44	42,7	65	63,1
	Uma comorbidade	10	9,7	11	10,7	21	20,4
	Duas ou mais comorbidades	11	10,7	06	5,8	17	16,5
Co-infecção	Ausência	39	37,9	50	48,5	89	86,4
	Co-infectado	03	2,9	10	9,7	13	12,6
	Co-infectado duas	00	0,0	01	1,0	01	1,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 28 – Descrição das variáveis comorbidades e coinfeção de pacientes vivendo com HIV que compuseram a fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

Variáveis		Sexo						
		Feminino		Masculino		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Comorbidades	Dislipidemia	Não	33	32,0	53	51,5	86	83,5
		Sim	09	8,7	08	7,8	17	16,5
	Hipertensão	Não	32	31,1	54	52,4	86	83,5
		Sim	10	9,7	07	6,8	17	16,5
	Diabetes	Não	35	34,0	59	57,3	94	91,3
		Sim	07	6,8	02	1,9	09	8,7
	Depressão	Não	37	35,9	61	59,2	98	95,1
		Sim	05	4,9	00	0,0	05	4,9
	Cardiopatia	Não	41	39,8	60	58,3	101	98,1
		Sim	01	1,0	01	1,0	02	1,9
	Outras	Não	36	35,0	56	54,4	92	89,3
		Sim	06	5,8	05	4,9	11	10,7
Coinfecção	Tuberculose	Não	42	40,8	60	58,3	103	99,0
		Sim	00	0,0	01	1,0	01	1,0
	Toxoplasmose*	Não	40	38,8	61	59,2	101	98,1

	Variáveis	Sexo						
		Feminino		Masculino		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Comorbidades	Dislipidemia	Não	33	32,0	53	51,5	86	83,5
		Sim	09	8,7	08	7,8	17	16,5
	Hipertensão	Não	32	31,1	54	52,4	86	83,5
		Sim	10	9,7	07	6,8	17	16,5
	Diabetes	Não	35	34,0	59	57,3	94	91,3
		Sim	07	6,8	02	1,9	09	8,7
	Depressão	Não	37	35,9	61	59,2	98	95,1
		Sim	05	4,9	00	0,0	05	4,9
	Cardiopatias	Não	41	39,8	60	58,3	101	98,1
		Sim	01	1,0	01	1,0	02	1,9
	Outras	Não	36	35,0	56	54,4	92	89,3
		Sim	06	5,8	05	4,9	11	10,7
		Sim	02	1,9	00	0,0	02	1,9
	Sífilis	Não	42	40,8	60	58,3	102	99,0
		Sim	00	0,0	01	1,0	01	1,0
	HTLV	Não	42	40,8	60	58,3	102	99,0
		Sim	00	0,0	01	1,0	01	1,0
	Hepatite B	Não	41	39,8	58	56,3	99	96,1
		Sim	01	1,0	03	2,9	04	3,9
	Hepatite C	Não	42	40,8	59	57,3	101	98,1
Sim		00	0,0	02	1,9	02	1,9	
Outras	Não	42	40,8	58	56,3	100	97,1	
	Sim	00	0,0	04	4,9	04	3,9	

*A variável contempla toxoplasmose e neurotoxoplasmose.

Fonte: Elaborado pela autora.

A variável outras comorbidades contempla as seguintes doenças: leucoencefalopatia multifocal progressiva, em uma pessoa (1,0%); ansiedade, em um paciente (1,0%); hipotireoidismo e anemia ferropriva, em um sujeito (1,0%); obesidade, em um participante (1,0%); insuficiência renal crônica, em duas pessoas (1,9%); migrânea, em dois sujeitos (1,9%); epilepsia, em um caso (1,0%); lipodistrofia, em um indivíduo (1,0%); e neuropatia, em uma pessoa (1,0%).

Em relação às outras coinfeções, encontraram-se nos prontuários as descrições de três pacientes (2,9%) com HPV, e um (1,0%) com herpes.

Nesta fase foram encontradas 14 combinações de medicamentos ARV diferentes, as quais são descritas na tabela a seguir.

Tabela 29 – Descrição dos esquemas de medicamentos antirretrovirais utilizados pelas pessoas vivendo com HIV que participaram da fase de análise da estrutura fatorial da construção da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

Combinações de medicamentos antirretrovirais		N	%
Variáveis	Dolutegravir, Lamivudina, Tenofovir	46	44,7
	Efavirenz, Lamivudina, Tenofovir	20	19,4
	Efavirenz, Lamivudina, Zidovudina	05	4,9
	Lamivudina, Raltegravir, Tenofovir	01	1,0
	Dolutegravir, Lamivudina, Zidovudina	02	1,9
	Lamivudina, Ritonavir, Tenofovir	01	1,0
	Darunavir, Lamivudina, Ritonavir	01	1,0
	Atazanavir, Lamivudina, Ritonavir, Tenofovir	13	12,6
	Abacavir, Atazanavir, Lamivudina, Ritonavir	01	1,0
	Atazanavir, Dolutegravir, Lamivudina, Ritonavir	01	1,0
	Atazanavir, Lamivudina, Ritonavir, Zidovudina	05	4,9
	Darunavir, Lamivudina, Ritonavir, Tenofovir	04	3,9
	Darunavir, Lamivudina, Ritonavir, Zidovudina	02	1,9
	Darunavir, Lamivudina, Ritonavir, Tenofovir, Zidovudina	01	1,0
	Total	103	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

7.3.6 Análise da estrutura fatorial

Na análise da estrutura fatorial avaliou-se a validade de construto convergente e divergente, por meio da MTMM, obtendo-se as correlações dos itens em relação às dimensões onde estão alocados.

A validade convergente da Escala QUALI-HIV está representada na tabela a seguir, na qual se observa que a maioria dos itens apresenta valores aceitáveis, conforme o referencial Fayers e Machin (2007); porém, dois itens dos fatores um e dois e um item do fator quatro apresentam valores inferiores aos desejáveis.

Tabela 30 – Valores do Coeficiente de Correlação de Pearson entre os itens e os fatores da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

Item	Média	Desvio padrão	Fator				Total
			F1	F2	F3	F4	
Q13	3,64	1,34	0,16*	0,23	0,01	0,01	0,23
Q14	4,04	1,17	0,31*	0,25	-0,05	0,11	0,39
Q17	4,52	0,98	0,46*	0,01	0,20	0,11	0,45
Q21	3,75	1,08	0,55*	0,9	0,8	0,32	0,59
Q29	2,86	1,37	0,34*	0,01	-0,01	0,26	0,36
Q37	3,85	1,11	0,47*	0,22	0,07	0,13	0,53
Q50	3,41	1,32	0,22*	0,16	-0,04	-0,08	0,23
Q02	4,50	1,00	0,51*	0,07	0,05	0,18	0,51
Q06	4,43	1,16	0,54*	-0,16	0,20	0,18	0,46

Item	Média	Desvio padrão	Fator				Total
			F1	F2	F3	F4	
Q07	4,62	0,83	0,47*	-0,03	0,18	0,20	0,46
Q18	4,10	1,39	0,57*	-0,24	0,26	0,24	0,48
Q22	4,37	1,08	0,55*	-0,29	0,00	0,24	0,41
Q25	4,34	1,14	0,62*	-0,08	0,4	0,34	0,58
Q26	3,53	1,41	0,48*	-0,37	0,08	0,34	0,35
Q28	4,52	0,93	0,69*	-0,01	0,01	0,20	0,63
Q30	4,01	1,26	0,71*	-0,16	0,06	0,28	0,60
Q31	3,60	1,48	0,41*	-0,25	-0,06	0,30	0,32
Q34	3,80	1,45	0,40*	-0,23	-0,10	0,39	0,33
Q35	4,04	1,27	0,46*	-0,04	0,12	0,07	0,41
Q36	4,32	1,14	0,76*	-0,17	0,10	0,34	0,66
Q38	3,85	1,42	0,52*	-0,26	0,23	0,18	0,41
Q39	4,02	1,34	0,59*	-0,20	0,26	0,24	0,50
Q40	4,38	1,12	0,45*	0,08	0,14	0,03	0,44
Q43	4,21	1,13	0,73*	-0,11	0,15	0,27	0,66
Q44	4,55	0,99	0,46*	-0,15	0,13	0,34	0,43
Q49	3,15	1,37	0,64*	-0,02	0,05	0,34	0,62
Q01	3,56	1,38	0,08	0,56*	-0,10	-0,09	0,23
Q03	3,58	1,35	-0,01	0,62*	-0,20	-0,06	0,16
Q04	2,15	1,41	-0,05	0,37*	-0,20	0,05	0,07
Q05	4,72	0,67	0,17	0,12*	0,07	0,03	0,21
Q11	2,60	1,53	0,10	0,46*	0,03	-0,05	0,24
Q15	4,79	0,43	-0,15	0,47*	-0,18	-0,22	-0,03
Q16	4,57	0,89	-0,05	0,19*	-0,05	-0,01	0,02
Q20	2,95	1,24	0,00	0,56*	0,03	0,07	0,21
Q23	3,14	1,39	-0,30	0,44*	-0,02	-0,17	-0,15
Q33	3,03	1,48	-0,15	0,35*	-0,06	-0,07	-0,03
Q32	3,44	1,47	-0,34	0,45*	-0,15	-0,14	-0,19
Q46	4,64	0,68	0,25	-0,04	0,70*	-0,10	0,24
Q47	4,39	1,09	0,06	-0,11	0,59*	-0,09	0,03
Q48	4,63	0,75	0,09	-0,19	0,60*	-0,08	0,04
Q12	1,87	1,23	0,18	0,17	-0,18	0,46*	0,28
Q51	2,37	1,19	0,24	-0,09	0,04	0,46*	0,27
Q19	4,05	1,32	0,12	0,13	-0,16	0,04*	0,15
Q24	3,43	1,56	0,43	-0,26	0,02	0,46*	0,37
Q27	3,02	1,43	0,25	-0,22	-0,08	0,62*	0,23*

*Coeficiente de Correlação de Pearson do item em relação ao fator.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 31 está apresentada a validade divergente da Escala QUALI-HIV que demonstra resultados satisfatórios, uma vez que a escala como um todo apresentou ajuste de 96,6%, ou seja, próximo de 100%. Ao analisar os fatores separadamente, o Fator 3 apresentou ajuste de 100%, ao passo que os Fatores 1 e 2 apresentaram, respectivamente, 98,7% e 97,0%. Apenas o Fator 4 apresentou ajuste inferior a 90%; entretanto, considera-se aceitável o valor de 80%.

Tabela 31 – Resultado na análise MAP para os fatores da Escala QUALI-HIV. Ribeirão Preto, SP, 2019

	F1		F2		Fatores F3		F4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
-2	00	0	0	0	00	0	00	0	00	0
-1	01	1,3	1	3,0	00	0	03	20,0	05	3,7
1	14	17,9	8	24,2	00	0	01	6,7	23	17,0
2	63	80,8	24	72,7	09	100,0	11	73,3	107	79,3
1+2	77	98,7	32	97,0	09	100,0	12	80,0	130	96,3
Ajuste	100%									

Fonte: Elaborado pela autora.

7.3.7 Análise do efeito *floor* e *ceiling* 2

Realizou-se a análise dos efeitos nas respostas dos participantes da Análise multitraço multimétodo e constatou-se a permanência dos efeitos, *Floor* 25 e *Ceiling* 13 itens. Estes achados demonstraram que manteve-se respostas extremas pela maioria dos participantes.

Tabela 32 – Descrição do Efeito *Floor and Ceiling* dos itens da Escala QUALI-HIV, Fase 4. Ribeirão Preto, SP, 2019

Item	Resposta									
	Nunca		Raramente		Às vezes		A maioria das vezes		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q01	13	12,6	09	8,7	25	24,3	19	18,4	37	35,9
Q02_R	75	72,8	14	13,6	09	8,7			05	4,9
Q03	09	8,7	16	15,5	22	21,4	18	17,5	38	36,9
Q04	52	50,5	16	15,5	15	14,6	08	7,8	12	11,7
Q05	01	1,0	01	1,0	04	3,9	14	13,6	83	80,6
Q06_R	77	74,8	10	9,7	06	5,8	03	2,9	07	6,8
Q07_R	81	78,6	09	8,7	11	10,7			02	1,9
Q11	38	36,9	16	15,5	18	17,5	11	10,7	20	19,4
Q12	56	54,4	24	23,3	12	11,7	02	1,9	09	8,7
Q13	10	9,7	10	9,7	27	26,2	16	15,5	40	38,8
Q14	04	3,9	07	6,8	23	22,3	16	15,5	53	51,5
Q15	-	-	-	-	01	1,0	20	19,4	82	79,6
Q16	04	3,9	-	-	04	3,9	20	19,4	75	72,8
Q17	04	3,9	02	1,9	07	6,8	13	12,6	77	74,8
Q18_R	67	65,0	06	5,8	14	13,6	05	4,9	11	10,7
Q19_R	63	61,2	03	2,9	25	24,3	03	2,9	09	8,7
	De forma alguma		Um pouco		Mais ou menos		Bastante		Extremamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q20	20	19,4	12	11,7	34	33,0	27	26,2	10	9,7
Q21	05	4,9	10	9,7	16	15,5	47	45,6	25	24,3
Q22_R	70	68,0	14	13,6	09	8,7	07	6,8	03	2,9
Q23	20	19,4	15	14,6	17	16,5	33	32,0	18	17,5
Q24_R	43	41,7	12	11,7	09	8,7	24	23,3	15	14,6
Q25_R	69	67,0	16	15,5	07	6,8	06	5,8	05	4,9
Q26_R	39	37,9	17	16,5	17	16,5	20	19,4	10	9,7

Q27_R	20	19,4	17	26,2	11	10,7	25	24,3	20	19,4
Q28_R	76	73,8	13	12,6	08	7,8	04	3,9	02	1,9
Q29	22	21,4	23	22,3	21	20,4	21	20,4	16	15,5
Q30_R	55	53,4	16	15,5	15	14,6	12	11,7	05	4,9
Q31_R	45	43,7	16	15,5	10	9,7	20	19,4	12	11,7
Q32_R	19	18,4	11	10,7	9	8,7	34	33,0	30	29,1
Q33	29	28,2	07	6,8	17	16,5	32	31,1	18	17,5
Q34_R	52	50,5	15	14,6	10	9,7	15	14,6	11	10,7
Q35_R	56	54,4	17	16,5	15	14,6	08	7,8	07	6,8
Q36_R	70	68,0	11	10,7	11	10,7	07	6,8	04	3,9
Q37	04	3,9	08	7,8	24	23,3	30	29,1	37	35,9
Q38_R	54	52,4	13	12,6	13	12,6	13	12,6	10	9,7
Q39_R	59	57,3	14	13,6	11	10,7	11	10,7	08	7,8
Q40_R	73	70,9	10	9,7	11	10,7	04	3,9	05	4,9
Q43_R	61	59,2	17	16,5	15	14,6	06	5,8	04	3,9
Q44_R	82	79,6	07	6,8	05	4,9	07	6,8	02	1,9

	Discordo plenamente		Discordo		Nem discordo, nem concordo		Concordo		Concordo plenamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q46	01	1,0	01	1,0	03	2,9	24	23,3	74	71,8
Q47	05	4,9	05	4,9	04	3,9	20	19,4	69	67,0
Q48	02	1,9	01	1,0	02	1,9	23	22,3	75	72,8
Q49_R	20	19,4	26	25,2	25	24,3	13	12,6	19	18,4
Q50	13	12,6	11	10,7	27	26,2	25	24,3	27	26,2
Q51	32	31,1	24	23,3	30	29,1	11	10,7	06	5,8

Fonte: Elaborado pela autora.

DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

Este estudo realizou as etapas da parte dois do desenvolvimento da Escala QUALI-HIV por meio de métodos rigorosos e sequenciais, a partir da compreensão do significado de QV para as PVHIV pós cronicidade da infecção.

A caracterização sociodemográfica da amostra dos indivíduos desta pesquisa, nas fases um, três e quatro, que compreendem as PVHIV como participantes, condiz com o perfil da epidemia do HIV no Brasil, ou seja, predominância do sexo masculino, faixa etária acima de trinta anos, baixa escolaridade, baixa renda e infectados através da transmissão sexual.

Mesmo diante da mudança de perfil da infecção nos últimos anos, com a feminização do HIV, observa-se que ainda há o predomínio da infecção em pessoas do sexo masculino. Os dados apresentados neste estudo corroboram com o boletim epidemiológico da secretaria de vigilância em saúde (BEPA, 2018), segundo o qual, no ano de 2017, a razão de sexos para o diagnóstico de HIV, sem considerar as infecções em gestantes, foi de 26 homens diagnosticados para cada dez mulheres. Os dados apresentados pelo boletim, no período de 2007 até junho de 2018, evidenciaram a notificação de 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo que destes, 117.415 (47,4%) somente na região Sudeste, com 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres. Outros estudos também apontaram o predomínio do sexo masculino (GALVÃO et al., 2015; SILVA et al., 2014; RIGHETTO et al., 2014; GOMES et al., 2016).

Quanto aos grupos raciais, para identificar as características da epidemia entre os participantes deste estudo, utilizou-se a nomenclatura estabelecida pelo IBGE, que classifica a cor ou raça da população brasileira com base na autodeclaração. Ou seja, os participantes deste estudo foram perguntados sobre sua cor de acordo com as seguintes opções de resposta: branca, preta, parda, indígena ou amarela. Nas três fases, houve predomínio da cor branca como autodeclarada, seguidos por pardo e preto.

Diferente do encontrado neste estudo, o Programa Municipal de São Paulo, utilizando os recortes raciais da população do Censo Demográfico do IBGE, de 2010, calculou a incidência de aids no município de São Paulo, para o mesmo ano, por raça/cor e encontrou a predominância da raça preta, 39,7 pretos por 100.000

habitantes, 21,2 para os pardos e 18 para os brancos residentes na cidade (SÃO PAULO, 2012).

Corroborando com os dados de São Paulo, o Boletim epidemiológico em saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde, que contempla dados do Brasil como um todo, demonstrou que, dos casos registrados, no período de 2007 a junho de 2018, a maior incidência ocorreu entre os pretos e os pardos (BRASIL, 2019).

Santos (2016) realizou um estudo com vistas a discutir a vulnerabilidade de pessoas negras em relação ao HIV e constatou que o risco de ter a infecção entre homens negros, considerando pretos e pardos, foi 5% maior do que entre homens brancos ($RR=1,05$); e para as mulheres negras (pretas e pardas) o risco foi ainda maior, isto é, de 40% maior ($RR=1,4$) quando comparadas às mulheres brancas.

A faixa etária predominante identificada nesta pesquisa foi entre 30 e 49 anos, correspondendo à faixa etária referente à idade produtiva do adulto, da mesma forma como encontrado por outros autores (CASTRIGHINI et al., 2017; SILVA et al., 2014). Entretanto, Cheade et al. (2009) e Magno e colaboradores (2016) apontaram diferentes faixas etárias para a mesma população; Galvão et al. (2015), encontraram em suas amostras a faixa etária predominante entre 18 e 39 anos; Coutinho, O'dwyer e Frossard (2018), entre 20 e 49 anos;

O acometimento pelo vírus nas pessoas na idade adulta produtiva pode acarretar interferências na vida pessoal e profissional, trazendo consequências sociais para o indivíduo, refletindo em pessoas de seu convívio familiar e na sociedade em que participa (MAGNO et al., 2016).

No panorama mundial, Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) verificaram que a média etária dos sujeitos também representou uma prevalência jovem para as PVHIV, 38 anos, com limite inferior de 32 e superior de 49 anos.

Observaram-se indivíduos com idade máxima acima de 70 anos, fato também relatado por Silva et al. (2014) e Righetto et al. (2014). Tais dados demonstram que, com a cronicidade do HIV, a melhoria da QV reflete no aumento da sobrevida desta população.

Quanto à escolaridade dos pesquisados, de modo geral, constatou-se que esta é baixa, com prevalência de estudos nos níveis fundamental e médio. Tais dados confirmam os encontrados por Silva et al. (2014), que verificaram baixa escolaridade, tendo a maioria dos indivíduos de sua pesquisa apresentado, no máximo, dez anos de estudos, com predomínio de indivíduos com escolaridade de um a cinco anos.

Galvão et al. (2015) encontraram a prevalência do grau de escolaridade entre os participantes de seu estudo igual ou superior a dez anos.

Segundo Gomes et al, (2011), baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo são fatores que podem comprometer o acesso da PVHIV à saúde, educação, moradia e alimentação. Além disso, níveis baixos de escolaridade também podem influenciar nas relações profissionais e oportunidades de emprego. Reis et al. (2011) concordam com essa afirmação ao considerar que a baixa escolaridade reflete em baixos salários e condição socioeconômica precária, tendo influência no acesso às medidas preventivas e assistência integral às PVHIV.

Outro estudo apontou que níveis baixos de escolaridade de pessoas com a infecção do HIV acima de 50 anos dificultou o acesso às informações essenciais sobre a doença, como o conhecimento do impacto dos ARV no controle da enfermidade (LANGER-MOST; LANGER, 2010).

Dessa forma, observa-se que a baixa escolaridade pode refletir na aderência ao ARV, uma vez que reflete na compreensão da importância do uso dos medicamentos e no acesso ao tratamento (ILIAS; CARANDINA; MARIN, 2011).

Apesar do “fenômeno conhecido como pauperização do HIV”, que é o acometimento da infecção a pessoas com menor escolaridade, neste estudo encontraram-se, em menor expressão, indivíduos infectados com nível de escolaridade alto, representado por graduados e pós-graduados. Okuno et al (2015) afirmam que, quanto maior a escolaridade do indivíduo, maior a aceitação do HIV.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019), a renda per capita do brasileiro em 2018 foi de R\$ 1373,00, isto é, 8,2% maior que a média nacional em 2017. Em relação à condição econômica dos entrevistados, a renda per capita era de aproximadamente dois salários mínimos, um pouco acima da renda média nacional. Entretanto, houve participantes que declaram não ter renda. Esses dados confirmam os números apresentados por estudos que demonstraram a condição econômica de PVHIV, de renda mensal de até dois salários mínimos (GALVÃO et al., 2015; SILVA et al., 2014).

Quanto a crença religiosa, a maioria dos sujeitos deste estudo relatou essa condição, sendo a religião católica predominante, assim como nos dados de SILVA et al., (2014). Muitas vezes, ter uma crença religiosa e praticar uma religião representam a busca por um significado na vida, de maneira a encontrar respostas a situações difíceis, como a vivência de uma doença incurável (PETERSON; WEBB, 2006). A

espiritualidade e a religião atuam de maneira a fortalecer o indivíduo nos momentos de sofrimento, quando o isolamento social e familiar se faz presente, de maneira a oferecer um significado na vida (CHANDRA et al., 2006; REIS et al., 2010)

Assim como nos estudos realizado por Galvão et al (2015) e Padoin et al., (2013), a maioria dos participantes referiram não ter relacionamento fixo, ou seja, estado conjugal solteiro, separado e/ou viúvo. Esta condição civil pode acarretar situações de vulnerabilidade, como não adesão ao tratamento, uso irregular da TARV e abandono, uma vez que pesquisas associam a falta de suporte social com esses fatores (SCHILKOWSKY; PORTELA; SA, 2011). Entretanto, o motivo encontrado por Pereira et al (2012) para esta condição, ser solteiro, se relaciona ao fato de que o indivíduo infectado evita relacionamentos fixos e/ou muito próximos com vistas a evitar possíveis problemas afetivos pelas condições que a infecção causa.

No que se refere a hábitos comportamentais, participantes relataram fazer uso de álcool e de outras drogas, sendo a ingestão de álcool prevalente em relação às outras drogas. Essas práticas impactam na sobrevida do paciente, de forma que o uso de drogas foi visto como fator prejudicial para o uso da TARV, acarretando diminuição da sobrevida em pacientes com HIV (HELENA; MAFRA; SIMES, 2009). Por outro lado, Ilias et al. (2011) não encontraram associação entre a realização correta da TARV e o uso de outras drogas recreativas, nem mesmo o álcool. Desse modo, deve-se considerar as condições clínicas e biológicas individuais dos pacientes a fim de identificar se o uso de álcool ou droga está interferindo na eficácia da TARV (PADOIN et al., 2013).

Ainda assim, Padoin et al. (2013) descrevem que não fazer uso dos medicamentos ARV devido ao uso de álcool e drogas prejudica o tratamento, e que o aumento no consumo dessas substâncias reflete na redução do uso dos ARV. Isso acontece porque algumas pessoas, erroneamente, deixam de tomar os medicamentos quando fazem uso dessas substâncias por acreditar que essa prática traz menos malefícios (PADOIN et al., 2011; BLATT et al., 2009)

Em relação à sexualidade dos participantes, o índice de heterossexualidade foi maior entre as mulheres, enquanto o de homossexualidade foi maior entre os homens, assim como no estudo de Campos e Ribeiro (2011). Na pesquisa de Pereira et al, (2014), ser homem homossexual esteve relacionado a fator de exposição à infecção pelo HIV.

Kerr et al. (2013) afirmam que a população de homens que têm relações sexuais com homens (HSH) é mais exposta por adotar comportamentos de risco, como práticas sexuais sem proteção. Apesar da infecção ser prevalente entre HSH, há um avanço do HIV entre as mulheres (SANTOS et al., 2002; SILVA et al., 2016).

A principal via de exposição ao HIV entre os sujeitos pesquisados foi a sexual, assim como encontrado em outros estudos (GALVÃO et al., 2015; SILVA et al., 2014; CAMPOS; RIBEIRO, 2011). Destaca-se, como motivo de exposição ao vírus, a prática sexual com parceiro conhecido ou não, sem proteção, ou o uso descontinuado do preservativo (ARAUJO et al., 2012). A via de transmissão sexual é a mais comum, segundo Aboim (2012), por não haver receio em infectar-se pelo HIV na relação sexual, nem mesmo a preocupação com a transmissão de outras IST; dessa forma, o indivíduo não se protege, e quando há a percepção de risco pelo indivíduo, ele se utiliza de diferentes estratégias que não conduzem ao uso do preservativo como prevenção. Em estudo realizado por Martins et al. (2006), as principais justificativas para não utilizar preservativo foram relacionadas a não gostar de usá-lo, confiar no parceiro e ter relações sexuais inesperadas.

Quanto ao tratamento medicamentoso, a variedade de esquema utilizado também foi observada por Righetto et al. (2014), por combinações de inibidores da transcriptase reversa, inibidor da protease e inibidor de fusão.

No tocante aos parâmetros clínicos, neste estudo, a maioria dos participantes possuía carga viral indetectável e alta contagem de células T CD4 +, assim como encontrados sujeitos estudados por Galvão et al. (2015) e SILVA et al. (2014). Esses exames são essenciais para o acompanhamento e evolução da infecção, uma vez que seus valores são relevantes para conhecer e relacionar com o surgimento de coinfeção (GALVÃO et al., 2019). Segundo os critérios diagnósticos do Ministério da Saúde, "toda pessoa HIV-positiva com contagem de linfócitos T CD4⁺ menor que 350" é considerada um caso de aids. A baixa contagem de CD4 em PVHIV foi apontada por Yanik et al. (2013) como fator associado a alta incidência de linfomas e cânceres relacionados com o HPV.

Este estudo mostrou que a maioria das PVHIV apresentaram carga viral indetectável e TCD4 acima de 500 cél/mm³, e que a minoria dos participantes apresentou coinfeção e comorbidades. Em estudo realizado por Galvão et al. (2019), a maioria das PVHIV que apresentaram coinfeção ou comorbidade continham carga viral menor que dez mil e células CD4 entre 200 e 499mm³.

Diferente dos dados deste estudo, Righetto et al. (2014) encontraram alta prevalência de comorbidade entre os participantes de sua pesquisa, 78,3%, com destaque para a dislipidemia, trigliceridemia, seguidas por coinfeções como hepatite C, candidíase oral, doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose.

Doenças relacionadas ao metabolismo lipídico são comuns em PVHIV, devido ao fato de que os regimes terapêuticos ARV estão associados a alterações metabólicas. Desta forma, diferentes regimes terapêuticos com ARV estão diretamente relacionados a disfunções como hipercolesterolemia, hiperglicemia, lipodistrofia e hipertrigliceridemia, esta última aumentando o risco de doenças cardiovasculares (SOUZA et al., 2013). Por exemplo, o uso de estavudina, zidovudina, abacavir, efavirenz e alguns inibidores de transcriptase foram relacionados a dislipidemia (HEMKENS; BUCHER, 2014).

Righetto et al. (2014) destacam que a presença de úlceras e inflamações nas regiões genitálias relacionadas às coinfeções por IST podem atuar como facilitadores de transmissão do HIV. Crum-Cianflone et al. (2009), por sua vez, afirmam que a coinfeção por PVHIV e o Papilomavírus humano (HPV) pode ser precursora de lesões na região anal, sendo fator de risco para desenvolvimento de carcinoma na região. Ao contrário do encontrado neste estudo, Duarte et al. (2014) encontraram alta prevalência de IST entre as mulheres.

No que se refere a coinfeção HIV e hepatite C, os resultados da pesquisa Carvalho et al. (2009) evidenciam que esta associação foi mais representativa entre pessoas do sexo masculino que faziam uso de drogas injetáveis. Geralmente, a coinfeção entre esses vírus, hepatite C e HIV, pode evoluir de forma avançada para uma doença hepática crônica como a fibrose e a cirrose (ANTONELLO et al., 2010).

Galvão et al. (2019) destacam que o surgimento das coinfeções está intimamente relacionado àquelas pessoas com baixo nível de escolaridade e quase a totalidade dos pacientes em seu estudo adquiriram outra infecção no período de até três anos após diagnóstico de HIV.

Neste estudo, a caracterização sociodemográfica e clínica dos indivíduos condiz com o perfil da epidemia do HIV no Brasil, ou seja, homens na faixa etária acima de trinta anos, baixa escolaridade, baixa renda e infectados com HIV através da transmissão sexual.

A fase 1 desta investigação contribuiu para a elaboração dos itens da Escala QUALI-HIV. Essa etapa foi realizada por meio da compreensão do significado de QV

para as PVHIV pós cronicidade da infecção, a partir da análise dos relatos sobre sua percepção e experiência após o diagnóstico vivenciado por elas. Os itens elaborados são oriundos dos resultados que envolveram a percepção dessa população em relação às peculiaridades enfrentadas no tratamento, ao estigma e à diminuição da autoestima, à saúde como o centro de QV e ao viver com expectativas.

Quanto às peculiaridades enfrentadas no tratamento, são evidenciadas questões relacionadas à saúde, como o medo da obesidade e o sedentarismo. Estudos revelam que um dos grandes desafios são as comorbidades pós TARV, como doenças cardiovasculares, que têm seu risco aumentado devido ao próprio efeito da infecção pelo HIV, associado ao acúmulo de gordura, diabetes e resistência insulínica, além de tabagismo e de coinfeções (GRINSPOON, 2014; ANTONINI et al., 2018).

Outro destaque foi o estigma que as PVHIV vivenciam. Há evidências na literatura de que a estigmatização pode influenciar na vida das PVHIV, produzindo sentimentos como os de culpa e inferioridade, que podem levar ao isolamento social e à depressão (CALIARI et al., 2017).

Salienta-se a vivência do estigma relacionado à sexualidade, isto é, ao temor da transmissão da infecção à parceria sexual. Situação similar foi relatada em um estudo que demonstrou a existência do medo de transmitir o HIV ao parceiro, além da diminuição do desejo sexual ocasionada pelo uso da TARV (DE SÁ; DOS SANTOS, 2018).

A baixa autoestima é um fator que requer atenção especial na população de estudo, visto que sua diminuição influencia diretamente na adesão ao tratamento, corroborando a constatação de Castrighini et al. (2013), em estudo realizado no interior paulista com 331 PVHIV.

Acerca da postura otimista, percebe-se que este comportamento se relaciona à conscientização sobre a importância de hábitos saudáveis e de bom relacionamento familiar, bem como da manutenção do tratamento e esperança de cura. Tais dados, porém, diferem dos resultados do estudo de Pimenta et al. (2015), realizado com 15 sujeitos, utilizando como ferramenta o Teste de Orientação de Vida (TOV-R), que apontou baixo nível de otimismo dos participantes.

A esperança e o apoio familiar destacado pelos participantes demonstram a positividade em relação à infecção e aos novos desafios. Manter a esperança das PVHIV auxilia no enfrentamento da infecção e favorece viver de uma maneira mais

intensa, mesmo diante das dificuldades impostas pelo curso da doença e do tratamento (GALVÃO et al., 2012).

Ainda no que tange às expectativas em relação à família, percebe-se a associação do sentimento de felicidade ao bom relacionamento com os familiares. A esse respeito, Freitas et al. (2018), em pesquisa desenvolvida em um município do interior de São Paulo, destacaram a importância da família no processo do tratamento, com melhora significativa da adesão aos ARV, salientando, desta forma, a relevância das redes de apoio.

Em relação à expectativa referente ao trabalho, evidencia-se um otimismo quanto ao seu desempenho, bem como a idealização da realização de objetivos por meio do trabalho. Resultados similares foram identificados por Pellegrino et al. (2017), em pesquisa realizada com 122 pessoas, com o objetivo de avaliar a percepção da capacidade para o trabalho de PVHIV.

No que tange à realização da validação de face e conteúdo deste estudo, os profissionais especialistas que participaram desta etapa promoveram a abordagem dos itens elaborados diante de sua vivência profissional e embasamento teórico sobre o construto. Para Lynn (1986), deve-se considerar a experiência e a qualificação dos membros do comitê. Alguns critérios devem ser levados em consideração para essa seleção, como ter experiência clínica na área; publicar e estar atualizado sobre o tema; ser *expert* na estrutura conceitual envolvida; e ter conhecimento sobre a estrutura metodológica a ser desenvolvida (GRANT; DAVIS, 1997; DAVIS, 1992).

O comitê de especialistas deste estudo contou com a participação de cinco membros. Na literatura, é possível encontrar diferentes indicações quanto à quantidade de membros que devem compor o comitê. Lynn (1986) sugere que deve haver no mínimo cinco e no máximo dez especialistas para esta validação. Na visão de Haynes et al. (1995), o comitê deve compreender a participação de no mínimo seis especialistas.

A validade de conteúdo é uma etapa fundamental para a construção de instrumentos de medida, uma vez que ela desempenha a avaliação inicial de desenvolvimento, validando a passagem do abstrato para o mensurável (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003). Este tipo de validação caracteriza-se por um método que avalia o quanto cada item de um instrumento de medida é relevante e representativo para um determinado construto (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995).

Os itens da escala foram avaliados individualmente quanto à clareza, ou seja, avaliou-se a redação dos itens, verificando-se se estavam elaborados de forma que o conceito estivesse compreensível e representado adequadamente para o construto que se desejava medir (GRANT; DAVIS, 1997).

A avaliação dos itens realizada pelos especialistas resultou em um IVC da escala satisfatório, com a maioria dos itens apresentando pontuação máxima. Entretanto, sugestões de adequações foram realizadas para a maioria dos itens, como a mudança de posição do item dentro da escala e adaptações estruturais na escrita. As adequações propostas foram consideradas concisas e os itens da escala, reformulados conforme as sugestões referidas pelo comitê de juízes.

Analizou-se também a pertinência, isto é, se os itens refletem os conceitos enredados e se são representam o objetivo proposto (GRANT; DAVIS, 1997; MCGILTON, 2003).

Diante dos resultados apresentados na etapa de validação de face e conteúdo resultantes da validação pelo comitê de especialistas, assegura-se que os itens elaborados neste estudo representam o construto que se pretende medir.

No que se refere à análise das propriedades psicométricas, o valor resultante do teste de KMO obtido neste estudo, foi considerado excelente, uma vez que está entre os valores de referência 0,8 e 0,9 (HUTCHESON; SOFRONIOU, 1999). Sendo assim, os dados são vistos como passíveis de fatoração.

A consistência interna/confiabilidade da Escala QUALI-HIV realizada por meio do Alpha de Cronbach resultou em índices adequados de confiabilidade para a escala como um todo, e para os fatores 1, 2 e 3, enquanto que para o fator 4 ela foi aceitável. A consistência interna refere-se ao quanto um item está relacionado um com outro, pois presume-se que eles medem o mesmo atributo. O valor pode variar de zero a um, sendo que, quanto mais próximo de um, maior a consistência interna, e a correlação entre os itens (TERWEE et al., 2007).

Para o alfa total da escala, foi determinado como aceitável o valor de Alfa $>0,70$. O valor de Alpha muito elevado pode significar que os itens são redundantes, ou seja, que eles apresentam o mesmo significado. Desta forma, são aceitáveis valores superiores a 0,70 e não maiores que 0,95, considerados satisfatórios (TERWEE et al., 2007).

Por meio da covariância demonstrada pela carga fatorial analisou-se a relação de cada item com os fatores e conforme Pasquali (2013), descartaram-se os itens com

cargas fatoriais perto de zero, por serem considerados itens estranhos e não estarem medindo o mesmo construto que os demais.

O item descartado, “8 - Tomo os antirretrovirais nos horários corretos”, versava sobre o uso do ARV, entretanto outro item sobre o uso dos medicamentos foi mantido na escala, com abordagem diferente, considerando outros aspectos como por exemplo o item “7 - Tenho dificuldades em tomar os antirretrovirais” que busca identificar as dificuldades no uso dos medicamentos. Apesar da adesão ao tratamento ser definida como o uso correto de medicamentos e incluir doses certas, horários corretos de ingestão, o item 8 não apresentou relação com nenhum fator, permanecendo excluído da escala.

Outra exclusão, esteve relacionada ao julgamento pela família quanto a condição de *status* positivo para o HIV, “41 - Minha família me julga culpado por ter contraído o HIV”. Durante as entrevistas uma parcela dos entrevistados ao serem questionados sobre este item o respondiam conforme as opções da escala e justificavam verbalmente que sua família não tinha conhecimento quanto sua condição. Além disso, Segundo Gomes e Pereira (2004) a representação de família pode variar para cada indivíduo, uma vez que ela não é relacionada apenas a laços sanguíneos, família pode ser representada por um grupo social composto de indivíduos que se relacionam cotidianamente gerando uma complexa trama de emoções.

Quanto o item excluído “09 - Recebo informações da equipe de saúde sobre o meu tratamento” também não apresentou carga fatorial aceitável e foi descartado. O recebimento de informações sobre o tratamento do HIV pode ocorrer a qualquer momento durante o tratamento e pode impactar na melhoria do cuidado com a saúde, uma vez que o conhecimento pode favorecer a identificação de sinais e sintomas de agravamento da doença, bem como como estimular o tratamento adequado por entender que se não o fizer pode ser impactado negativamente. Por outro lado, deter o conhecimento pode deixar o indivíduo mais preocupado e impactar negativamente.

A escala QUALI-HIV versão final foi constituída de 45 itens. Segundo Pasquali (1999), para se demonstrar a semântica de um construto em sua totalidade, ou de grande representatividade, um instrumento final deve conter um número razoável de itens, cerca de 20 itens, porém podendo variar dependendo da complexidade do construto a ser medido.

Em relação à AFE, ela confirmou a multidimensionalidade do construto QV ao passo que demonstrou a representatividade da escala por meio de quatro fatores, sendo o fator um, “Impacto da infecção pelo HIV na qualidade de vida”, relacionado ao impacto da infecção pelo HIV na QV, abrangendo itens relacionados ao lazer, emoções e relacionamento social.

Já o segundo fator foi denominado “Bem estar” por agrupar os itens relacionados ao acompanhamento clínico, ações de prevenção e manutenção da saúde. O terceiro fator, “Atividade física”, esteve relacionado à realização de atividade física e seus benefícios na saúde, sendo composto por menos itens. Por fim, o fator quatro, “Revelação diagnóstica” em que agrupou os itens que desvelavam a condição sorológica para as pessoas do convívio do indivíduo.

Quanto à estrutura fatorial, a validade de construto do instrumento foi verificada segundo sua validade convergente e discriminante. Esta validação é realizada por meio da MTMM, a qual examina a correlação entre os itens e os seus respectivos fatores (FAYERS; MACHIN, 2007). Esta validação foi realizada por meio do Programa MAP o qual realiza a alocação dos itens da escala em seus respectivos fatores/dimensões e apresenta a porcentagem de ajuste de cada item (HAYS et al., 1988).

De acordo com Fayers e Machin (2007) e Pasquali (2013), em estudos iniciais de validação, a correlação entre o item e a dimensão à qual pertence é considerada satisfatória quando apresentar valores de validade convergente superiores a 0,30, ao passo que, em estudos finais, o valor aceitável é acima de 0,40.

Para a validade discriminante, realizada por meio da MAP, verificou-se a porcentagem de vezes em que a correlação de um item com a dimensão à qual pertence foi maior do que a correlação entre outra dimensão, denominada de ajuste. Quanto mais próximos a 100%, maior é o ajuste (FAYERS; MACHIN, 2007). A correlação de Pearson resultando da MAP neste estudo apresentou, na maioria das vezes, valores superiores a 0,40, ao passo que a maioria dos itens indicam valores satisfatórios, confirmando a validade convergente do construto (FAYERS; MACHIN, 2007).

Em relação à validade divergente, a Escala QUALI-HIV apresentou valores de ajustes superiores a 0,80, dados que confirmam sua validade.

Diante dos valores de validade convergente e divergente satisfatórios, considera-se que a Escala QUALI-HIV elaborada por este estudo apresenta validade de construto satisfatória.

CONCLUSÃO

9 CONCLUSÃO

Este estudo compreendeu a segunda etapa para o desenvolvimento da Escala QUALI-HIV e seguiu minuciosamente as etapas rigorosas para desenvolvimento de instrumentos de pesquisa.

A análise psicométrica preliminar da escala é consistente e apresenta confiabilidade e validade satisfatórias diante dos testes realizados.

Desse modo, a Escala QUALI-HIV é um instrumento válido e confiável para uso no território nacional, Brasil. O uso deste instrumento é aberto; contudo, faz-se necessária a autorização prévia por parte das autoras para que ele seja disponibilizado, a fim de que se evite aplicação equivocada do instrumento.

Portanto, diante da hipótese apresentada nesta pesquisa, confirma-se que a operacionalização do construto QV por meio dos itens da Escala QUALI-HIV representa adequadamente tal construto por apresentar evidências de validade e confiabilidade.

A aplicabilidade desta escala poderá atuar como instrumento integrante no cuidar de pessoas vivendo com HIV, exercendo influência no direcionamento da atenção efetiva, de acordo com as necessidades individuais dessas pessoas.

As pesquisadoras responsáveis colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos e/ou orientações no que tange a sua aplicação e avaliação dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a relevância deste estudo em construir um novo instrumento para avaliar a QV de PVHIV, diante do surgimento de um novo cenário apresentado pela epidemia do HIV durante a quarta década da doença, em que surgiram avanços no tratamento da infecção e mudanças no perfil da doença, com sua cronificação, impactando em mudanças significativas no modo de viver com HIV.

Desta forma, a Escala-QUALIHIV retrata o novo perfil de viver com a infecção, considerando os aspectos atuais da doença. Soma-se, a isso, o fato inédito do desenvolvimento de uma escala desenvolvida para avaliar a QV de PVHIV na cultura brasileira.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABOIM, S. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 99-112, 2012. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/d8ed/f5078e90e3ee6119421f2a5c1742e84a2da8.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2012. doi: 10.1590/S1413-8123201200010001316.
- ALONSO, S. G. C. et al. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. **Revista Médica de Uruguay**. Montevideo, v. 34, n. 1, p. 3-41, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902018000100003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019. doi: 10.29193/rmu.34.1.1.
- ANTONELLO, V. S. et al. Uso do escore APRI na avaliação de doença hepática, após início de terapia antirretroviral, em pacientes portadores do HIV co-infectados com HCV versus monoinfectados por HIV. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 6, p. 678-681, 2010.
- ANTONINI, M. et al. Associação entre hábitos de vida e risco cardiovascular em pessoas vivendo com hiv/aids. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018
- ARAÚJO, T. M. et al. Fatores de risco para infecção por HIV em Adolescentes. **Revista de enfermagem UERJ**, p. 242-247, 2012.
- BEATON, D. E. et al. Orientações para o processo de adaptação transcultural de medidas de auto-relato. **Spine**, v.25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- BERKMAN, A. et al. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. **American journal of public health**, v. 95, n. 7, p. 1162-1172, 2005.
- BLATT, C. R. et al. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 2, p. 131-6, 2009. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822009000200007.20>>. Acesso em: 01 dez. 2012.
- BONOLO, P. de F.; GOMES, R. R. de F. M.; GUIMARAES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 267-278, dez. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400005>.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2008.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Adesão ao**

tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do projeto ATAR. Brasília, 2010.

_____. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids.** Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013.** Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids. 2013a.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília. p. 216, 2013b. Disponível em: <http://giv.org.br/Arquivo/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2014.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ano III, n. 1. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **HIV e Aids.** 2017. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2409-hiv-e-aids>>. Acesso em: 17 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018.** Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 49, n. 53, 2018a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília. p. 412. 2018b.

_____. Ministério da Saúde - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **O que é HIV.** 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 08 mar. 2019

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 9, n. 1, p. 9-19, 2005.

_____. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** p. 207-217, 2000.

BROWN, J.; RAWLINSON, M.; HILLES, N. Life satisfaction and chronic disease: Exploration of a theoretical model. **Med Care** 1981; 19:1136-46.

CALIARI, J. S. et al. Factors related to the perceived stigmatization of people living with HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342017000100447&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 jan 2019. doi: 10.1590/S1980-220X2016046703248.

CAMPOS, L. N.; CÉSAR, C. C.; GUIMARÃES, M. D. C. Quality of life among HIV-infected patients in Brazil after initiation of treatment. **Clinics**, v. 64, n. 9, p. 867-875, 2009.

CAMPOS, T. S.; RIBEIRO, L. da C. C. Perfil epidemiológico dos pacientes com hiv/aids no alto Vale do Jequitinhonha, 1995-2008. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 1, p. 14-18, 2011.

CARR, A. J.; THOMPSON, P. W.; KIRWAN, J. R. Quality of life measures. **British Journal of Rheumatology**. n.35, v.3, p. 275-281, 1996.

CARVALHO, F. H. P. et al. HIV/HCV coinfection at an university hospital in Recife, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 133-139, 2009.

CASTRIGHINI, C. C. et al. Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto-SP. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1049-1055, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000400022&lng=en>. Acesso em: 19 ago. 2019.

CASTRIGHINI, C. C. et al. Prevalência e aspectos epidemiológicos da coinfeção HIV/tuberculose. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017; 25:e17432. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17432/22073>. Acesso em: 02 ago. 2019.

CASTRIGHINI, C. C. **Elaboração de escala para avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids**. 2017. 119 p. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CASTRO, J. M., RIBEIRO, E. C. P. S.; SOUZA, J. F. S. Assistência enfermagem a paciente portador da síndrome da imunodeficiência adquirida: um relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 20, n. 1, p. 88-90, 2017.

CHANDRA, P. S. et al. Quality of life in HIV subtype C infection among asymptomatic subjects and its association with CD4 counts and viral loads – a study from South India. **Quality of Life Research**, v. 15, n. 10, p. 1597-1605, 2006.

CHEADE, M. F. M. et al. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/aids em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 42(2), p. 119-125, mar-abr., 2009.

- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, mar., 2015.
- COMREY, A. L.; LEE, H. B. **A first course in factor analysis**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
- COSTA, J. P. et al. Expectativas de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados, quanto à assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 2, p.172-6, 2006.
- COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER, G.; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 148-161, 2018.
- CROCKER, L.; ALGINA, J. **Introduction to Classical and Modern Test Theory**. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publisher, 1986.
- CRONBACH, L. J. **Fundamentos da testagem psicológica**. 5a ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- CRUM-CIANFLONE, N. F. et al. Trends in the incidence of cancers among HIV-infected persons and the impact of antiretroviral therapy: authors' reply. **Aids**, v. 23, n. 13, p. 1791-1792, 2009.
- DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisa sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, jul-ago, 2003.
- DAVIS, L. L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Applied Nursing Research**. v. 5, n. 4, p. 194-197, 1992.
- DE SÁ, A. A. M.; DOS SANTOS, C. V. M. A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/aids. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 38, n. 4, p. 773-786, 2018.
- DE SOÁREZ, P. C. et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 25, p. 69-76, 2009.
- DUARTE, M. T.; PARADA, C. M.; SOUZA, L. D. O. R. Vulnerability of women living with HIV/Aids. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 22, n. 1, p.68-75, 2014.
- DZIUBAN, C. D.; SHIRLEY, E. C. On the Psychometric Assessment of Correlation Matrices. **American Educational Research Journal Spring**. v.11, n.2, p.211-216, 1974.
- ERTHAL, T. C. S. **Manual de psicometria**. São Paulo: Jorge Zahar, 2009.

FERRAZ, M. B. Qualidade de vida. Conceito e um breve histórico. **Jovem médico**, v. 4, p. 219-22, 1998.

FITZPATRICK, R. et al. Quality of life measures in health care. In: Applications and issues in assessment. **Bmj**, v. 305, n. 6861, p. 1074-1077, 1992.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, mar. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 19 ago 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>.

FLETCHER, A; BULPITT, C. J. The treatment of hypertension and quality of life. **Quality Life Cardiovasc Care**, v. 2, p. 140-150, 1985.

FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 5, p. 235-42, 2005.

FONTANELLA, B. J. B.; JÚNIOR, R. M. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em estudo**, v. 17, n. 1, p. 63-71, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2871/287123554008/>>. Acesso em: 11 jan 2019.

FORATTINI, O. P. **AIDS e sua origem**. Scielosp, 1993. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/1993.v27n3/153-156/>>. Acesso em: 11 jun 2019

FRANCOLINO, C. et al. Evaluation of quality of life questionnaire regarding health: functional assessment of HIV infection in patients carriers of HIV. **Revista Medica del Uruguay**, v. 26, n. 3, p. 129-137, 2010.

FRANK-STROMBORG, M. Selecting an instrument to measure quality of life. **Oncology Nursing Forum**, n. 11, p. 88-91, 1984.

FREITAS, J. P. D. et al. Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 327-333, 2018.

GALVÃO, M. T. G. et al. Esperança em mulheres portadoras da infecção pelo HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 38-44, 2012.

GALVÃO, M. T. et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.1, p.48-53, 2015.

GALVÃO, J. M. V. et al. Coinfecção em portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado do interior maranhense. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v.11, n. 4, p. 1103-1110, jul-set., 2019. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1103-1110.

- GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 485-92, 2011.
- GOMES, A. M. T. Representações sociais da espiritualidade de quem vive com Aids: um estudo a partir da abordagem estrutural. **Psicologia e Saber Social**, v. 5, n. 2, p. 187-197, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/27037/19732>>. Acesso em: 02 ago. 2019. doi: 10.12957/psi.saber.soc.2016.27037.
- GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS. **Caderno de Saúde Pública**, v.27 (Supl 1), p. 114-128, 2011.
- GRANT, J. S., DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in Nursing & Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.
- GRINSPOON, S. K. Cardiovascular Disease in HIV: Traditional and Nontraditional Risk Factors. **Topics in Antiviral Medicine**, v. 22, n. 4, 2014 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25398068>>. Acesso em: 04 set. 2017.
- HAIR, J. R. et al. **Álise multivariada de dados**. 6a ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HALFOUN, V. L. R. C.; AGUIAR, O. B.; MATTOS, D. S. Construção de um instrumento para avaliação de satisfação da atenção básica nos centros municipais de saúde do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 424-30, 2008.
- HAYS, R. D. et al. **User's guide for multitraid analysis program (MAP)**. Santa Monica: Rand Corporation Report, 1988.
- HELENA, E. T. de S.; MAFRA, M. L.; S., Maikelli. Fatores associados à sobrevida de pessoas vivendo com aids no Município de Blumenau, Estado de Santa Catarina, Brasil, 1997-2004. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 45-53, mar. 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2019. doi: 10.5123/S1679-49742009000100005.
- HEMKENS, L. G.; BUCHER, H. C. HIV infection and cardiovascular disease. **European Heart Journal**, v. 35, n. 21, p. 1373-1381, 2014.
- HERRMANN, S. et al. HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, n. 1, p. 56, 2013. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-11-56>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

HUTCHESON, G. D.; SOFRONIOU, N. **The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models**. London: Sage Publications. 1999.

HULL, M.; LANGE, J.; MONTANER, J. S. Treatment as Prevention – Where Next? **Current HIV/aids Reports**, v. 11, n. 4, p. 496-504, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Fundação Seade. 2019. Disponível em: <<http://www.perfil.seade.gov.br/>>. Acesso em: 06 de jun. 2019.

ILIAS, M., CARANDINA, L.; MARIN, M. J. S. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V. 35, n. 2, p. 471-484, 2011. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2470.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2019.

IOC – INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **O vírus da Aids 20 anos depois: A epidemia da Aids através do tempo**. 2019. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

JOHNSON, R. A.; WICHERN, D. W. **Applied Multivariate Statistical Analysis**. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1998.

KERR, L. R. F. S. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, v. 27, n. 3, p. 427-435, 2013.

KIPP, A. M. et al. Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in Southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy Community members. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 675, 2011.

LANDEIRO, G. M. B. et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4257-4266, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2019. doi: 10.1590/S1413-81232011001100031.

LANGER-MOST, O.; LANGER, N. Aging and sexuality: How much do gynecologists know and care?. **Journal of Women & Aging**, v. 22, n. 4, p. 283-289, 2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 502-507, jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2019. doi: 10.1590/0104-07072014000000014.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, n. 35, v. 6, p. 382-385, 1986.

MAGER, R. F. **Medindo os objetivos de ensino ou “conseguiu um par adequado”**. Porto Alegre: Editora Globo, 1981.

MAGNO, E. S. et al. Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00019315, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000505006&lng=en>. Acesso em: 02 ago. 2019.

MARTINS, L. B. M. et. al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 315-323, 2006.

McGILTON, K. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. **Canadian Journal of Nursing Research**, v.35, n. 4, p. 72-86, 2003.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en.>. Acesso em: 30 mar. 2019. doi: 10.1590/S1413-81232000000100002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terapia Anti-Retroviral e Saúde Pública: Um Balanço da Experiência Brasileira**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, MS. 1999.

_____. **National Aids Drug Policy**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, MS. 2001.

MONTANER, J. S. G. et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 376, p. 532-39, 2010.

MOROSKOSKI, M. et al. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 1, p. 47-58, 2018. Disponível em: <<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/39>>. Acesso em: 17 jul. 2019.

NOSYK, B. et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996–2011: a population-based retrospective cohort study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 14, n. 1, p. 40-49, 2014.

O'CONNEL, K.; SKEVINGTON, S.; SAXENA, S. Preliminary development of the world Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL HIV): analysis. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 7, p. 1259-1275, 2003.

OKUNO, M. F. P., et al. Qualidade de vida, perfil socioeconômico, conhecimento e atitude sobre sexualidade de “pessoas que vivem” com o Vírus da Imunodeficiência Humana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 192-199, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-3424-2542.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. **A Agenda 2030**. Objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasil. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>> Acesso em: 22 abr. 2019.

_____. **17 Objetivos para transformar nosso mundo**. Brasil. 2015b. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

_____. **HIV/Aids**: Brasil avança no cumprimento de metas da ONU. Publicado em 23/03/2015. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/hivaids-brasil-avanca-no-cumprimento-de-metas-da-onu/>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa - HIV/aids**. Brasília (DF). 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812>. Acesso em: 17 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Facet definitions and questions**. Geneva: OMS, 1995.

PADOIN, S. M. M. et al. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 446-451, 2013.

PADOIN, S. M. M. et al. Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos que têm HIV/AIDS. **DST - Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 23, n. 4, p. 194-197, 2011. Disponível: <http://www.dst.uff.br/revista23-4-2011/9.Fatores%20associados%20a%20nao%20adesao%20ao%20tratamento.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43 (Especial), p. 992-999, 2009.

_____. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. **Brasília: LabPAM/IBAPP**, p. 13-25, 1999.

_____. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

_____. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.** 5a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PATRICK, D. L.; DEYO, R. A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. **Medical Care**, p. S217-S232, 1989. Supplement 3.

PELLEGRINO, P. et al. Percepção da capacidade para o trabalho de pessoas que vivem com HIV. **Resumos**, 2017. Disponível em: <http://epi.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=20343&id_atividade=2332&tipo#topo>. Acesso em: 23 jan. 2019.

PEREIRA, L. B. et al. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à TARV e a contagem T-CD4. **Revista Brasileira de Ciência Saúde**, v. 16, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/11544/7321>>. Acesso em: 01 dez. 2012.

PEREIRA, B. de S. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 747-758, mar., 2014.

PETERSON, M.; WEBB, D. Religion and spirituality in quality of life studies. **Applied Research in Quality of Life**, v. 1, n. 1, p. 107-116, 2006.

PIMENTA, B. J. F. et al. A qualidade de vida e o comportamento otimista de pessoas com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 7, n. 3, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.** São Paulo: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 30, p. 459-467, 2007.

POLIT, D. F., BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application of the ALCESTE method to the large corpus and stabilized lexicals worlds or 'cablegate', using IRAMUTEQ. **Actes des 11eme JADT**. 2012. Disponível em: <<http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

RATTRAY, J.; JONES, M. C. Essential elements of questionnaire design and development. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 2, p. 234-243, 2007

REIS, A. C. et al. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 420-429, 2010.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 365-375, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421157019>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Secretaria da Saúde**. Institui os distritos de saúde do município de Ribeirão Preto. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16apresentacao.php>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

RIGHETTO, R. C. et al. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 6, p. 942-948, 2014.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, p. 602-618, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300602&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2019. doi: 10.1590/s0104-129020162627.

SANTOS, N. J. S. et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 286-310, 2002.

SÃO PAULO (Município). **Programa Municipal de DST/AIDS**. Boletim Epidemiológico de AIDS, HIV e DST, ano XVI, n 16, junho, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/boletim-epidemiologico-crt/boletim_epidemiologico_2016.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019.

SCHILKOWSKY, L. B.; PORTELA, M. C.; SÁ, M. C. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 187-197, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2011000200001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 01 dez. 2012. doi: 10.1590/S1415-790X2011000200001.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SHIN, D. C.; JOHNSON, D. M. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. **Social Indicators Research**, v. 5, n. 1-4, p. 475-492, 1978.

SILVA, A. C. O. et al. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 994-1000, 2014.

SILVA, J. A. S., RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor. Pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora; 2006.

SILVA, R. A. R. et al. Perfil clínico-epidemiológico de adultos HIV-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4689-4696, 2016.

SOUZA, M. V. N.; ALMEIDA, M. V. Drogas anti-VIH: Passado, presente e perspectivas futuras. **Química Nova**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 366-372, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422003000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2019. doi: 10.1590/S0100-40422003000300014.

SYED, I. A. et al. Adverse drug reactions and quality of life in HIV/AIDS patients: Advocacy on valuation and role of pharmacovigilance in developing countries. **HIV & AIDS Review**, v. 14, n. 1, p. 28-30, 2015.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using Multivariate Statistics**. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon, 2001.

TAVARES, D. M. S, DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-112.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018. doi: 10.1590/S0104-07072012000100013.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality-of-life outcomes. **New England Journal of Medicine**, v. 334, n. 13, p. 835-840, 1996.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/aids. **A ONU e a resposta à Aids no Brasil**. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/documentos/A%20ONU%20e%20a%20resposta%20-%20PORTUGU%C3%8AS.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

_____. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/documentos/clipping.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Você sabe o que é HIV e o que é AIDS?** 2017. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2017/03/voce-sabe-o-que-e-hiv-e-o-que-e-aids/>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

_____. **Relatório informativo – atualização global da aids 2019**. 2019.

Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/07/2019_UNAIDS_GR2019_FactSheet_pt_final.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019.

_____. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. 2015. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

_____. **Global Health Observatory (GHO) data**. Genebra. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/gho/hiv/en/>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

_____. WHOQOL Study Protocol. (MNH/PSF/93.9), **WHO, Geneva**, 1993.

WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, v. 23, n. 3, p. 24-56, 1994.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAFEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

YANIK, E. L. et al. Incidence and timing of cancer in HIV-infected individuals following initiation of combination antiretroviral therapy. **Clinical Infectious Diseases**, v. 57, n. 5, p. 756-764, 2013.

ZILLER, R. Self-other orientations and quality of life. **Social Indicators Research**, v. 1, n. 3, p. 301-327, 1974.

ZIMPEL, R. R.; FLECK, M. P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. **AIDS Care**, v. 19, n. 7, p.923-930, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de caracterização dos participantes, PVHIV

Identificação (iniciais):	ID/Hygia
Unidade de atendimento 1- ☐ UBDS Central 2- ☐ CSE 3- ☐ UBDS Simioni 4- ☐ CR Vila Virginia 5- ☐ Castelo Branco	UniAt
Data de nascimento: / /	DN
Sexo: 1- ☐ Feminino 2- ☐ Masculino	Sex
Etnia referida: 1- ☐ Branca 2- ☐ Preta 3- ☐ Parda 4- ☐ Amarela 5- ☐ Indígena	Etnia
Qual foi o curso de maior série que você concluiu? _____	SerC
Estado civil: 1- ☐ Solteiro 2- ☐ Casado(a) 3- ☐ União estável 4- ☐ Viúvo(a) 5- ☐ Divorciado(a) 6- ☐ Desquitado ou separado judicialmente	EstCiv
Tem filhos: 0- ☐ não tem filhos 1- ☐ sim, quantos? _____	Fil
Religião praticante antes do diagnóstico: 1- ☐ Não pratica 2- ☐ Evangélico 3- ☐ Espirita 4- ☐ Umbanda 5- ☐ Católico 6- ☐ outro: _____	RelA
Religião após o diagnóstico: 1- ☐ Não pratica 2- ☐ Evangélico 3- ☐ Espirita 4- ☐ Umbanda 5- ☐ Católico 6- ☐ outro: _____	RelD
Ocupação atual:	Ocup
Situação profissional: 1- ☐ Trabalho carteira assinada 2- ☐ trabalho informal 3- ☐ Desempregado 4- ☐ Benefício 5- ☐ autônomo 6- ☐ Não se aplica	ProfSit
Renda mensal individual : R\$: _____	Rendal
Renda mensal familiar : R\$: _____	RendaF
Quantas pessoas moram no mesmo domicílio que você? _____	NPeCs
Uso de cigarro: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim	CigUsu
Há quanto tempo? (anos)	CigT
Quantidade diária de cigarros:	CigQnt
Com que frequência você toma bebida alcoólica? 0- ☐ Nunca 1- ☐ Diariamente 2- ☐ uma vez por semana 3- ☐ duas a três vezes por semana 4- ☐ semanas alternadas	AlcFreq
Há quanto tempo? (anos)	AlcT
Drogas ilícitas: 0- ☐ Não faz uso 1- ☐ Sim	Dro
Com que frequência você usa de drogas ilícitas? 0- ☐ Nunca 1- ☐ Diariamente 2- ☐ uma vez por semana 3- ☐ duas a três vezes por semana 4- ☐ semanas alternadas	DroFreq
Há quanto tempo? (anos)	DroT

Orientação sexual: 1- ☐ Heterossexual 2- ☐ Homossexual 3- ☐ Bissexual 4- ☐ Transsexual	SexOri
Número de parceiros afetivo e/ou sexual nos últimos 6 meses: _____	ParNum
Possui parceria fixa nos últimos seis meses? 0- ☐ Não 1- ☐ Sim	ParcFix
Quantos parceiros fixos nos últimos seis meses?	ParcFixN
Quantos parceiros eventuais nos últimos seis meses?	ParcEveN
Parceiro(a) fixo possui HIV? 0- ☐ Não 1- ☐ Sim 2- ☐ Não possui parceiro(a) fixo 3- ☐ Não sei a condição sorológica	ParcFixHiv
Parceiro(a) eventual possui HIV? 0- ☐ Não 1- ☐ Sim 2- ☐ Não possui parceiro(a) eventual 3- ☐ Não sei a condição sorológica	ParcEveHiv
Uso de preservativo antes do diagnóstico: 0- ☐ Não 1- ☐ Sim 2- ☐ Às vezes 3- ☐ Não se aplica	UsoPreA
Uso de preservativo após o diagnóstico: 0- ☐ Não 1- ☐ Sim 2- ☐ Às vezes 3- ☐ Não tive relação após o diagnóstico	UsoPreD
Você sabe qual foi a forma de aquisição do HIV? 0- ☐ Não sabe 1- ☐ Sexual 2- ☐ Vertical 3- ☐ Ocupacional 4- ☐ Outra, qual?: _____	Trans
Por qual motivo você fez o exame anti-HIV a primeira vez? 1- ☐ Iniciativa própria 2- ☐ Pedido médico/enfermeiro	Diag
CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA	
Data do diagnóstico: / /	DiagDt
Uso de terapia antirretroviral nos últimos três meses: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim	Tarv
Qual esquema atual: _____	TarvEsq
Data início TARV: / /	TarvIn
Valor do último TCD4+: _____ Data: / /	TCD4+
Valor da última carga viral (n/log): _____ Data: / /	CV
Comorbidades: 1- ☐ HAS 2- ☐ DM 3- ☐ Cardiopatias 4- ☐ Dislipidemia 5- ☐ Neoplasia 6- ☐ Lipodistrofia 7- ☐ Hepatopatia 8- ☐ Neuropatia 9- ☐ Outras: _____ 10- ☐ Sem comorbidades	Com
Coinfecção: 1- ☐ TB 2- ☐ Pneumonia 3- ☐ Toxoplasmose 4- ☐ Sífilis 5- ☐ HTLV 6- ☐ Hepatite B 7- ☐ Hepatite C 8- ☐ Outras: _____ 9- ☐ Sem coinfecção	CoInf
Quantos comprimidos usa por dia para estas doenças? _____	NComp

APÊNDICE B - Questionário estruturado para as entrevistas

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO:

DATA: ____/____/____

PRONTUÁRIO:

HORÁRIO DE

HORÁRIO DO

TEMPO DE

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

INICIAIS:

Questão norteadora

1) O QUE É QUALIDADE DE VIDA PARA VOCÊ?

APÊNDICE C - Formulário de caracterização dos membros do comitê de juízes

Data de participação:	____/____/____
Nome:	_____
Profissão:	_____
Especialização:	_____
Nível de maior titulação:	_____
Área de atuação:	_____
Vínculo empregatício no momento:	_____

APÊNDICE D – Roteiro para o comitê de juízes

ITEM	AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO				MODIFICAÇÃO			TIPO DE ALTERAÇÃO		SUGESTÃO FINAL ITEM
	1	2	3	4	SIM	NÃO	EXLUIR	A	B	
1										
2										
3										
Legenda para avaliação:	1-Discordo totalmente				2-Discordo			3-Concordo		4-Concordo totalmente
Legenda para o tipo de alteração:	A-Redação				B-Posição na escala					

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as entrevistas com as PVHIV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Para a elaboração dos itens

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa "Elaboração de uma escala para a avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids", que tem como objetivo elaborar um instrumento para avaliar a qualidade de vida de pessoas com HIV/aids. Acreditamos que a construção deste instrumento será de grande importância, pois auxiliará na qualidade da atenção prestada a indivíduos com HIV/aids. A sua colaboração será na fase da elaboração dos itens que tem como objetivo conhecer a sua vivência diante do HIV/aids. Sua participação constará de responder algumas perguntas de forma individual que tem a duração aproximada de 30 minutos, além de gravarmos nossa conversa para que eu não esqueça nada do que foi dito. Iremos fazer perguntas íntimas, sendo assim, existe a possibilidade de riscos emocionais, como tristeza, angústia ou vergonha durante a entrevista, por isso a avaliação será realizada em uma sala reservada. As informações desta pesquisa serão confidenciais, não havendo identificação dos voluntários sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Você tem garantido o seu direito de interromper a entrevista a qualquer instante, perguntar o que quiser ou mesmo desistir de participar da pesquisa sem que isso prejudique seu atendimento em qualquer serviço de saúde. Você terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa. Sua resposta poderá ser utilizada em eventos científicos da área da saúde, desde a presente data. Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo, que está em duas vias originais assinadas pelos pesquisadores, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. A sua participação neste estudo não oferece qualquer custo. Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, sua colaboração trará contribuições importantes para a elaboração da escala. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas. A qualquer momento, você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre sua participação na pesquisa. Em caso de dúvidas, durante ou após sua participação você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Profa. Elucir Gir ou Carolina de Castro Castrighini no endereço - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-900, no telefone (016) 3315-3414 ou (016) 99176-7136, ou através dos e-mails: egir@eerp.usp.br, carolcastrousp@hotmail.com. Se você ainda tiver dúvidas com relação aos aspectos éticos desta pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo telefone (16) 3315-3386. Caso se sinta prejudicado por ter participado da pesquisa, você deverá buscar indenização de acordo com a lei vigente no Brasil.

Carolina de Castro Castrighini
Pesquisador responsável

Profª.Dr.ª Elucir Gir
Orientadora

Consentimento de participação:

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: "Elaboração de uma escala para a avaliação de pessoas vivendo com HIV/aids", como sujeito voluntário e com a garantia de que o estudo está em concordância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Assinatura

Data: ____/____/____

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o comitê de juízes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para os Juízes

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Construção e validação de instrumento para mensuração da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV e a assistência de enfermagem”, cujo objetivo é elaborar a escala supracitada. Acreditamos que a construção deste instrumento será de grande importância, pois auxiliara na qualidade da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids. A sua colaboração será na fase de validação aparente e de conteúdo que visa analisar se os itens estão se referindo ou não ao construto em questão. Isso será feito por meio do preenchimento de um questionário contendo os itens para avaliação. Estima-se que a reunião para validação terá duração de duas horas. As informações desta pesquisa serão confidenciais, não havendo identificação dos voluntários sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Você tem garantido o direito de interromper a participação a qualquer instante, perguntar o que quiser ou mesmo desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo a você. Você terá direito a indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas. Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo, que está em duas vias originais assinadas pelos pesquisadores responsáveis, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. A sua participação neste estudo é gratuita, voluntária, e não haverá nenhum gasto (ou custo) nem remuneração pela sua participação. Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, sua colaboração trará contribuições importantes para a elaboração do instrumento. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas. A qualquer momento, você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre sua participação na pesquisa. Em caso de dúvidas, durante ou após sua participação, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, Prof^a Dr^a Elucir Gir ou enfermeira Maria Cristina Mendes de Almeida Cruz no endereço Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14040-900, no telefone (016) 3315-3414 ou (031) 99551-1111, ou através do e-mail: egir@eerp.usp.br, ou almeida@usp.br. Se você ainda tiver dúvidas com relação aos aspectos éticos desta pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP-EERP/USP pelo telefone (016) 3315-9197 o horário de atendimento do CEP é de segunda a sexta feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Maria Cristina M. A. Cruz
Pesquisadora responsável

Prof^a. Dr^a. Elucir Gir
Orientadora

Consentimento de participação:

Eu, _____, abaixo assinado, li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura

Data: ____/____/____

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o estudo de campo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para o estudo de campo

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Construção e validação de instrumento para mensuração da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV e a assistência de enfermagem”, cujo objetivo é elaborar a escala supracitada. Acreditamos que a construção deste instrumento será de grande importância, pois auxiliara na qualidade da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids. Caso concorde em participar, sua colaboração será na fase de estudo de campo que consiste em você responder os itens da escala elaborada. Isso será feito primeiramente pelo preenchimento de um questionário com informações sobre sua idade, anos de estudo, cor da pele e renda, seguido do preenchimento da escala supracitada. Solicito também sua autorização para consultar seu prontuário com o objetivo de coletar informações de seu tratamento como medicações em uso e exames laboratoriais (carga viral do HIV e linfócitos CD4+). Sua participação constará de responder este instrumento de forma individual e tem a duração aproximada de 40 minutos. Iremos fazer algumas perguntas íntimas, sendo assim, existe a possibilidade de desconfortos emocionais, como tristeza e/ou vergonha durante a entrevista, por isso a avaliação será realizada em sala reservada. Além disso, as pesquisadoras estarão à disposição para ouvir e conversar sobre possíveis desconfortos provenientes dessa pesquisa. As informações desta pesquisa serão confidenciais, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação e sobre sua identidade. Você tem garantido o direito de interromper a participação a qualquer instante, perguntar o que quiser ou mesmo desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo a você. Você terá direito a indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas. Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo, que está em duas vias originais assinadas pelos pesquisadores responsáveis, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. A sua participação neste estudo é gratuita, voluntária, e não haverá nenhum gasto (ou custo) nem remuneração pela sua participação. Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, sua colaboração trará contribuições importantes para a elaboração do instrumento. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas. A qualquer momento, você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre sua participação na pesquisa. Em caso de dúvidas, durante ou após sua participação, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, Prof^a Dr^a Elucir Gir ou enfermeira Maria Cristina Mendes de Almeida Cruz no endereço Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14040-900, no telefone (016) 3315-3414 ou (031) 99551-1111, ou através do e-mail: egir@eerp.usp.br, ou almeida@usp.br. Se você ainda tiver dúvidas com relação aos aspectos éticos desta pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP-EERP/USP pelo telefone (016) 3315-9197 o horário de atendimento do CEP é de segunda a sexta feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Maria Cristina M. A. Cruz
Pesquisadora responsável

Prof^a. Dr^a. Elucir Gir
Orientadora

Consentimento de participação:

Eu, _____, abaixo assinado, li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 4240/15 – GS

RG/rg

Ribeirão Preto, 22 de OUTUBRO de 2015.

Senhora Orientadora,

Informo que os Gerentes do CENTRO DE REFERÊNCIA CENTRAL, CENTRO DE REFERÊNCIA DA VILA VIRGÍNIA, CENTRO DE REFERÊNCIA DO SIMIONI, DA UBDS CASTELO BRANCO E DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA CUIABÁ, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto –SP, manifestaram a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nas suas respectivas unidades. Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: “ELABORAÇÃO DE UMA ESCALA PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS”, sob a responsabilidade de Carolina Castrighini e Elucir Gir.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

**Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

PROFª Drª ELUCIR GIR

Orientadora do Projeto de Pesquisa

EERP- USP

Nesta

Secretaria Municipal da Saúde

Rua Prudente de Moraes, 457 – Centro – Ribeirão Preto/SP

Fones: 3977.9305 / Fax: 3941.4934 / e-mail: gabinete@saude.pmrp.com.br

ANEXO B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.440.696

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto prevê riscos mínimos aos participantes, considerando sobretudo o tempo dispendido com a avaliação do instrumento por juízes e, ainda, o fato de abordar assuntos potencialmente constrangedores ou desconfortáveis (relacionados à sexualidade, vida familiar, experiência com diagnóstico de soropositividade ao HIV, etc), ambos informados aos participantes no TCLE. Considerando tais riscos, o projeto propõe seu manejo a partir da realização da coleta em ambientes privativos.

Em relação aos benefícios, o projeto prevê que o participante estará contribuindo com a elaboração de uma escala de qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem fundamentado teoricamente.

Cronograma readequado conforme orientações anteriormente feitas por este CEP, que apontavam necessidade de rever previsão de realização de etapa para elaboração dos itens do instrumento antes da submissão do projeto a este Comitê.

Orçamento adequado, com previsão de custeio das despesas com recursos próprios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto, Projeto de Pesquisa, Cronograma readequado, Orçamento, Ofício com concordância do serviço no qual a pesquisa será realizada e TCLE (referentes a todas as fases do projeto, inclusive à etapa de elaboração dos itens do instrumento de avaliação) anexados ao protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, considerando atenção do pesquisador aos apontamentos feitos em parecer anterior (relativo à Submissão 1). Foram atendidas: a orientação para inclusão de TCLE para participantes da fase de elaboração dos itens do instrumento de avaliação (objetivo do projeto); a orientação para ajuste do cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.440.696

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_614497.pdf	01/03/2016 14:51:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE04.pdf	01/03/2016 14:50:10	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE03.pdf	01/03/2016 14:50:01	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE02.pdf	01/03/2016 14:49:52	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE01.pdf	01/03/2016 14:49:41	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
Outros	Oficioderesposta.pdf	01/03/2016 14:49:25	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCorrigido.pdf	01/03/2016 14:48:23	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
Cronograma	Cronograma2.pdf	01/03/2016 14:46:06	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/11/2015 13:11:26	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
Outros	Autorizacaosecretaria.pdf	09/11/2015 13:02:17	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/11/2015 12:54:49	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
Orçamento	Orcamentodetalhado.pdf	09/11/2015 12:54:26	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/11/2015 12:54:05	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
Outros	Oficio.pdf	09/11/2015 12:49:33	Carolina de Castro Castrighini	Aceito
Folha de Rosto	folhadrostoassinada.pdf	09/11/2015 12:45:19	Carolina de Castro Castrighini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.440.696

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 07 de Março de 2016

Assinado por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO C

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF4513/2017- CAPP
ALS/2017

Ribeirão Preto 20 de novembro de 2017.

Prezada Senhora,

Informo que a coordenação do Programa Municipal DST/Aids, Tuberculose e Hepatites Virais da Secretaria Municipal da Saúde manifestou a concordância com a realização do projeto de pesquisa nos moldes propostos.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM"** sob a responsabilidade da **Prof.^a Dra. Elucir Gir** e da orientanda **Maria Cristina Mendes de Almeida Cruz** nos serviços de atendimento especializado.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Claudia Siqueira Vassimon

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - CAPP**

Ilustríssima Senhora

Prof.^a Dra. Elucir Gir

COORDENADORA DO PROJETO DE PESQUISA

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

NESTA

Secretaria Municipal da Saúde
Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto
Fones: 36041642 / e-mail: capp@saude.pmrp.com.br

ANEXO D

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de instrumento para mensuração da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV e a assistência de enfermagem

Pesquisador: MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83279518.5.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.666.634

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reavaliação de projeto em pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Item já apreciado em projeto anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Item já apreciado em projeto anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Quesito já apreciado em projeto anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Item já apreciado em projeto anterior.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista que a pesquisadora atendeu às solicitações do CEP-EERP/USP, descrevendo as alterações realizadas e suas justificativas, considera-se portanto, aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

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

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

Continuação do Parecer: 2.666.634

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1073107.pdf	10/05/2018 18:52:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.pdf	10/05/2018 18:50:21	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Oficio_de_resposta.pdf	08/05/2018 18:53:59	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_os_juizes.pdf	08/05/2018 18:49:12	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_o_pre_teste.pdf	08/05/2018 18:48:58	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_o_estudo_de_campo.pdf	08/05/2018 18:48:46	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_a_validacao_semantica.pdf	08/05/2018 18:48:33	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_elaboracao_itens.pdf	08/05/2018 18:48:19	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
Orçamento	Orcamento_detalhado.pdf	09/02/2018 10:29:53	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	folha_maria_cristina.pdf	09/02/2018 10:23:45	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CONSENTIMENTO_COPARTICIPANTE_PREFEITURA_RP.pdf	06/02/2018 13:35:03	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades_da_pesquisa.pdf	06/02/2018 13:34:25	MARIA CRISTINA MENDES DE ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

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: 2.666.634

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 21 de Maio de 2018

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

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