UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CARLA LUIZA DA SILVA

**CONSTRUÇÃO DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA
ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV**

SÃO PAULO
2018

CARLA LUIZA DA SILVA

**CONSTRUÇÃO DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA
ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Carla Luzia

Construção de uma escala de avaliação de adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV / Carla Luzia Silva. São Paulo, 2018.
122 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Enfermagem. 2. Questionários. 3. Inquéritos epidemiológicos.
4. Adesão à medicação. 5. HIV. I. Título.

Nome: Carla Luiza da Silva

Título: Construção de uma escala de avaliação de adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV.

Versão corrigida da tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: 11/09/2018

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dra Elucir Gir

Instituição: EERP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dra Maria Rita Bertolozzi

Instituição: EEUSP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr Tiago Cristiano de Lima

Instituição: UNICAMP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

“A vitória não é decidida no meio do caminho. Se vencermos no final, poderemos olhar para trás e entender que tudo o que aconteceu até então teve um significado. Com amor e paciência, nada é impossível”

(Daisaku Ikeda, 2010).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Universo por ter me oportunizado estudar nesta renomada Escola de Enfermagem e chegar até esta etapa.

Agradeço muito aos meus pais e irmãos, que sempre estiveram ao meu lado e souberam me incentivar durante todos esses anos para que meu sonho se concretizasse.

Agradeço aos meus amigos, que me apoiaram e estiveram comigo nesses longos anos de estudo e souberam os reais motivos da minha ausência.

Bem, não tenho palavras para agradecer a minha orientadora, professora Dr^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata, que soube me entender em todos os momentos do doutorado. A senhora foi uma pessoa que me incentivou, me acolheu e abraçou no momento certo; também soube me puxar para o estudo. Tenho uma imensa gratidão por ter encontrado a senhora em meu caminho. Tenho muito orgulho de ter trabalhado durante esse período com a senhora e deter estudado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Realizei vários sonhos em um só, o que somente foi possível com o seu apoio.

Agradeço aos professores desta Escola, pelo aprendizado e contribuição no meu desenvolvimento acadêmico, profissional e pessoal.

Agradeço aos colegas que aqui fiz e que levo para minha vida.

Agradeço, também, a coordenadora do Centro de Orientação e Aconselhamento pela liberação da pesquisa e apoio bem como a todos os funcionários do setor. Fiz colegas de profissão que guardo com carinho cada momento compartilhado.

Agradeço aos pacientes e aos especialistas que participaram desta pesquisa.

Agradeço a todos que participaram diretamente e indiretamente em algum momento desta tese, cada um tendo uma parcela de contribuição nesta etapa tão importante em minha vida.

Agradeço a Universidade Estadual de Ponta Grossa pela liberação para esta etapa de estudo.

Agradeço a Fundação Araucária que concedeu bolsa parcial ao doutorado, proporcionando o incentivo aos meus estudos.

Silva CL. Construção de uma escala de avaliação de adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: Os índices de infecção pelo HIV têm apresentado tendência de aumento entre jovens de ambos os sexos e a forma mais prevalente de infecção é a sexual. Neste aspecto, há a disponibilidade de medidas preventivas, dentre elas a profilaxia pós-exposição (PEP). **Objetivos:** elaborar a construção dos itens de uma escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde à PEP por exposição sexual consentida; validar por meio da validade de conteúdo a escala e analisar a psicomетria da escala de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde à PEP por exposição sexual consentida. **Método:** Estudo metodológico com elaboração de um questionário com itens de uma escala de avaliação que passou pelas etapas de validação de conteúdo, face e constructo. A validação de conteúdo foi realizada com 07 juízes e cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC). A validação de face foi realizada com 10 pessoas selecionadas por amostragem não probabilística por conveniência. A validação de constructo teve uma amostra de 108 usuários de um centro de orientação e aconselhamento da cidade de Curitiba, Paraná. Esta validação foi realizada pela feita por análise fatorial exploratória (AFE), alfa de Cronbach, teste de qui-quadrado (p) e teste de G com as variáveis sexo, faixa etária, orientação sexual e escolaridade. O período de coleta de dados ocorreu de maio a dezembro de 2017. **Resultados:** A validação de conteúdo resultou da avaliação dos juízes, os quais indicaram a exclusão de 9 itens da escala inicial, após esta avaliação, foi aplicado o IVC, com um valor de 0,87. Após esta análise, foi realizada a correlação de Pearson intra-juízes, o qual mostrou p valor sem significância estatística e com um valor médio de respostas de 3,42, considerado aceitável. Na validade de face, 100% dos participantes concordaram com a escala proposta e afirmaram que a escala mede o que se propõem. Na validação de constructo por AFE utilizou-se o programa estatístico SPSS com a utilização da sintaxe com rotação Varimax e optou-se pela AFE forçada de 04 domínios, a qual teve uma distribuição mais homogênea entre os domínios. Após esta análise, fez-se o alfa de Cronbach, que mostrou valor de 0,813, evidenciando uma boa consistência interna da escala. Foram abordados 108 usuários, a maioria era do sexo masculino (84,36%), de orientação heterossexual (49,07%) com idade concentrada na faixa etária dos 20 aos 29 anos, escolaridade referida pela maioria de 12 anos ou mais (52,77%). Do total de usuários, 67 (62,04%) retornaram à reconsulta dos 30 dias e finalizaram o tratamento. Nesta avaliação foi possível verificar que existe correlação do sexo masculino na adesão à PEP. **Conclusão:** conclui-se que a escala reuniu evidências de validade de conteúdo e de constructo, porém há a necessidade de confirmação dos resultados em uma nova amostra de validação e com re-especificação da análise para determinação da melhor solução fatorial global. Verificou-se que a utilização da escala pode facilitar a identificação de fatores que podem levar a adesão à PEP, possibilitando a realização de intervenções e buscando adesão ao tratamento.

Palavras chaves: Enfermagem; Questionários e Inquéritos epidemiológicos, Adesão à Medicação; HIV.

Silva CL. Construction of an evaluation scale for adherence to post-sexual exposure prophylaxis of HIV [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: HIV infection rates have shown an upward trend among young people of both sexes and the most prevalent form of infection is sexual. In this regard, preventive measures are available, including post-exposure prophylaxis (PEP). **Objectives:** to elaborate the construction of the items of a scale of evaluation of the adhesion of users of the health services to the PEP for consensual sexual exposure; to validate through the validity of content to scale and to analyze the psychometry of the scale of evaluation of the access of users of health services to PEP due to sexual exposure consent. **Method:** Methodological study with the elaboration of a questionnaire with items from an evaluation scale that went through the validation stages of content, face and construct. Content validation was performed with 7 judges and calculation of content validity index (CVI). Face validation was performed with 10 people selected by non-probabilistic sampling for convenience. The validation of construct had a sample of 108 users of an orientation and counseling center in the city of Curitiba, Paraná. This validation was performed by exploratory factor analysis (CFA), Cronbach's alpha, chi-square test (p) and G test with the variables gender, age, sexual orientation and schooling. The data collection period occurred from May to December 2017. **Results:** Content validation resulted from the judges' evaluation, which indicated the exclusion of 9 items from the initial scale, after which the IVC was applied, with a value of 0.87. After this analysis, Pearson intra-judge correlation was performed, which showed p value without statistical significance and with a mean value of responses of 3.42, considered acceptable. In the face validity, 100% of the participants agreed with the proposed scale and affirmed that the scale measures what they are proposed. In the validation of the construct by AFE, the statistical program SPSS was used with the use of the syntax with Varimax rotation and the forced AFE of 04 domains was chosen, which had a more homogeneous distribution between the domains. After this analysis, Cronbach's alpha was performed, which showed a value of 0.813, showing a good internal consistency of the scale. A total of 108 users were interviewed, most of whom were males (84.36%), with a heterosexual orientation (49.07%), with a population of 20 to 29 years of age, with a majority of 12 , 77%). Of the total number of users, 67 (62.04%) returned to the 30-day re-visit and finished the treatment. In this evaluation it was possible to verify that there is a correlation of male gender in PEP adherence. **Conclusion:** it was concluded that the scale gathered evidence of content and construct validity, however, it is necessary to confirm the results in a new validation sample and with a re-specification of the analysis to determine the best overall factorial solution. It was verified that the use of the scale can facilitate the identification of factors that can lead to PEP adherence, enabling the accomplishment of interventions and seeking adherence to the treatment.

Keywords: Nursing; Epidemiological Surveys and Questionnaires; Medication Adherence; HIV.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica da prevenção combinada.....	22
Figura 2 – Organograma do Sistema de Saúde da Cidade de Curitiba, Paraná, 2018.....	37
Figura 3 –Organização do trabalho no COA, Curitiba, Paraná, 2018.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Instrumentos de avaliação da adesão medicamentosa nas diversas doenças crônicas	27
Quadro 2 – Termo, definição e conceito de adesão encontrado na literatura	34
Quadro 3 – Escala de avaliação da adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV (versão 01)	41
Quadro 4 – Escala de avaliação da adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV (versão 2)	44
Quadro 5 – Distribuição dos itens segundo as dimensões e a indicação de exclusão dos itens pelos juízes, com indicação final de itens	51
Quadro 6 – Distribuição dos itens por suas dimensões e a indicação de exclusão dos itens pelos juízes	51
Quadro 7 – Valor médio dos itens e desvio padrão por juiz na escala de avaliação da adesão à PEP sexual	53
Quadro 8 – Correlação de Pearson intra-juízes na escala de avaliação da adesão à PEP sexual	54
Quadro 9 – Distribuição dos itens (questões) da escala segundo 8 domínios propostos pela análise estatística	55
Quadro 10 – Descrição da análise de dados forçada com 4 domínios	56
Quadro 11 – Descrição da análise de dados forçada com 3 domínios	57
Quadro 12 – Descrição da análise de dados forçada com 02 domínios	58
Quadro 13 – Itens que podem ser excluídos de acordo com o alfa de Cronbach.....	60
Quadro 14 – Distribuição dos itens da escala de acordo com as dimensões propostas pela análise estatística	61
Quadro 15 – Escala de avaliação da adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV (Versão 3)	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos usuários entrevistados no COA durante o período de coleta de dados. Curitiba, Paraná, 2018. 64

Tabela 2 – Resultados dos testes de associação entre as variáveis sexo, orientação sexual, faixa etária e escolaridade, considerando adesão e não adesão. Curitiba, Paraná, 2018..... 65

LISTA DE SIGLAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
COA	Centro de Orientação e Acolhimento
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
HSH	Homens que fazem sexo com Homem
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PVHIV	Pessoas Vivendo Com HIV
PEP	Profilaxia Pós-Exposição Sexual
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TARV	Terapia Antirretroviral de Alta Potência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	A EPIDEMIA DE HIV/AIDS	18
1.2	A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO: REVISÃO DA LITERATURA	20
2	OBJETIVO	31
2.1	GERAL	32
2.2	ESPECÍFICO	32
3	MÉTODO.....	33
3.1	CONCEPÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL	34
3.2	LOCAL DE ESTUDO	36
3.3	SUJEITOS DE PESQUISA	39
3.4	PROCEDIMENTO ADOTADOS PARA VALIDAÇÃO.....	40
3.4.1	Construção dos itens da escala de avaliação da adesão à PEP sexual consentida	40
3.4.1.1	<i>Validação de conteúdo com a participação de juízes</i>	<i>43</i>
3.4.1.2	<i>Validação aparente (face) com população “leigas”</i>	<i>45</i>
3.4.1.3	<i>Validação de constructo com usuários de PEP</i>	<i>46</i>
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	47
3.5.1	Validade de conteúdo: juízes	47
3.5.2	Validade de aparência: população leiga.....	48
3.5.3	Validade de constructo: usuários dos serviços de saúde indicados para PEP.....	48
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	49
4	RESULTADOS	50
4.1	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO: JUÍZES	51
4.2	VALIDAÇÃO APARENTE (FACE): POPULAÇÃO LEIGA.....	54
4.3	VALIDADE DE CONSTRUCTO: USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE INDICADOS PARA PEP	55
5	DISCUSSÃO	68
6	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	77
7	CONCLUSÃO.....	79

REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	96
APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA - SOCIODEMOGRÁFICA E DE INVESTIGAÇÃO DE RISCO.....	97
APÊNDICE II – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV (VERSÃO 01).....	99
APÊNDICE III – VALIDADE DE CONTEÚDO – AVALIAÇÃO DOS JUÍZES.	102
APÊNDICE IV – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV (VERSÃO 02).....	106
APÊNDICE V – VALIDAÇÃO DE FACE – AVALIAÇÃO DA ESCALA PELA POPULAÇÃO GERAL	108
APÊNDICE VI – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTES	109
APÊNDICE VII – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES.....	111
APÊNDICE VIII – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – POPULAÇÃO LEIGA.....	113
APÊNDICE IX – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV (VERSÃO 03).....	115
ANEXO.....	117
ANEXO I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	118

APRESENTAÇÃO

A minha trajetória acadêmica iniciou com o vestibular para a graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Estado do Paraná, em 2005. Durante a graduação, desenvolvi algumas habilidades de investigação, participando em projetos de iniciação científica, o que me despertou interesse na pesquisa e na docência. Em 2010, ingressei como professora colaboradora nesta mesma universidade. Buscando aprofundar meus conhecimentos, em 2009 realizei Especialização em Emergências Clínicas na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba – PR e, na mesma instituição tive a formação no Mestrado em Tecnologia desenvolvendo a dissertação intitulada: “Intenções e valores identificados por docentes no uso de uma ferramenta computacional de auxílio ao desenvolvimento do raciocínio diagnóstico em enfermagem”.

Permaneço como docente na Universidade Estadual de Ponta Grossa, após aprovação em concurso público como professora assistente, desde 2013, ministrando disciplinas de Saúde do Adulto, Enfermagem em cuidados Críticos e Estágio Supervisionado voltado à Saúde Pública. O envolvimento com a temática HIV/aids teve início em 2011, quando coordenei o projeto de extensão “Enfermagem – UEPG na busca e prevenção do HIV/Aids”, em coparticipação com o Município de Ponta Grossa. As atividades eram realizadas no ambulatório de saúde da Universidade, em dias determinados em que eram oferecidos testes rápidos à população universitária. Por intermédio deste projeto foram realizados mais de duzentos exames na comunidade universitária e na população do entorno. Os motivos que a comunidade universitária e externa alegaram para a procura dos exames motivaram a realização da pesquisa em 2014, “Avaliação da vulnerabilidade ao HIV/Aids de estudantes de Enfermagem em uma instituição Pública no Paraná”, sob orientação da Prof^a Dr^a Lucia Izumi Nichiata, no qual foi possível identificar que os acadêmicos possuem conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV, porém alguns possuem desconhecimento ou conhecimento incorreto sobre a temática, o que oportunizou enfatizar a temática na graduação de forma linear, juntamente com a pesquisa e a extensão.

O ingresso na Pós-Graduação da Universidade de São Paulo se deu em dezembro de 2014 e a questão da pesquisa no doutorado trata de responder aos seguintes questionamentos: existe conhecimento dos motivos que levam a não adesão à profilaxia pós exposição sexual no sexo consentido? Quais os meios existentes de avaliação desta adesão? Existe algum questionário que avalia a adesão à profilaxia pós exposição sexual? Mediante estes questionamentos, foi possível delinear o presente estudo.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da presente Tese é a adesão à Profilaxia Pós-Exposição (PEP) sexual com o objetivo de elaborar e validar uma escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde, com foco na exposição sexual consentida. Na introdução apresenta-se a magnitude da epidemia de HIV/aids no mundo e no Brasil e uma revisão da literatura sobre a PEP.

1.1 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) têm grande impacto na saúde sexual e reprodutiva no mundo, bem como nas condutas de prevenção e tratamento (WHO, 2016).

Estima-se mundialmente que a cada ano mais de 357 milhões de pessoas adquirem uma IST (WHO, 2016a). Dentre as IST que constituem uma preocupação emergente, está a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), considerada um dos mais graves problemas de saúde no mundo (MELKU, KEBEDE, ADDIS, 2015). Os primeiros casos foram relatados em 1981 e, até o último boletim da Organização Mundial da Saúde de dezembro de 2016, havia 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV (WHO, 2016a).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) mostra que desde o descobrimento do HIV em 1981, 76,1 milhões de pessoas se infectaram com o HIV, e 35 milhões de pessoas morreram em decorrência das doenças associadas à Aids (UNAIDS, 2017).

Em 2016, ocorreram 1,9 milhões novas infecções pelo vírus e do total de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) 34,5 milhões eram adultos e a maioria homens. Dados mais recentes, de junho de 2017, mostraram que 20,9 milhões de pessoas iniciaram o tratamento com antirretroviral (UNAIDS, 2017).

Estima-se que a epidemia tenha variações entre países e regiões, mas que 0,8% da população infectada encontra-se entre a faixa etária de 15 a 49 anos (WHO, 2016a). Os jovens, com idades entre 15-24, representam 30% das novas infecções por HIV ao ano, sendo este um fator preocupante, pois conforme a Política Global de Saúde, a maioria da população que vive com HIV ou que está em risco de adquirir HIV, acaba tendo pouco acesso à informação, à prevenção, ao cuidado e ao tratamento (WHO, 2016a; GLOBAL HEALTH POLICY, 2015).

Na América Latina, em 2016, havia 1,8 milhões de pessoas vivendo com HIV e foram estimadas 97 mil novas infecções neste mesmo ano (UNAIDS, 2017).

No Brasil, o primeiro caso de HIV foi identificado na Cidade de São Paulo em 1980 e até 2017 foram notificados 882.810 casos de Aids, sendo que anualmente tem registrado uma média de 40 mil novos casos de Aids nos últimos cinco anos. E de 2007 até junho de 2017, foram notificados 194.217 casos de infecção pelo HIV, sendo 131.969 (67,9%) em homens e 62.198 (32,1%) em mulheres (BRASIL, 2017). Resultados iniciais mostram uma prevalência de HIV de 19,8% entre homens que fazem sexo com homem (HSH) com 25 anos ou mais de idade e 5,3% em mulheres profissionais do sexo.

O Ministério da Saúde adotou como estratégia de prevenção e controle da infecção do HIV o acesso precoce ao teste rápido de HIV para a população em geral (BRASIL, 2006). Tal medida justifica-se pelo fato da taxa de transmissão ser 3,5 vezes maior no grupo de pessoas que desconhecem sua sorologia para o HIV (SZWARCOWALD, CASTILHO, 2011). No período de 2010 a 2011, amplia-se a testagem rápida para os segmentos mais vulneráveis da população: HSH, pessoas usuárias de drogas, profissionais do sexo, indígenas, grávidas, população de baixa renda, caminhoneiros e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Passado mais de 30 anos dos primeiros casos no mundo, permanece como desafio teórico explicitar e discutir a determinação do processo saúde-doença e as condições em que processa a epidemia, tendo como finalidade subsidiar as políticas públicas voltadas ao seu enfrentamento.

Dentre os avanços em pesquisa e na implementação de políticas e práticas, destaca-se a terapia antirretroviral de alta potência (TARV), a qual vem sendo aprimorada nos últimos anos. No campo do tratamento das Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV), em 2007 teve início a distribuição de novos antirretrovirais, oportunizando a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Em 2012, houve a ampliação do tratamento com antirretrovirais e o início do tratamento de casais sorodiscordantes, ou seja, aqueles que um dos companheiros está infectado e o outro não (BRASIL, 2016). Oportunizar amplamente a testagem para o diagnóstico da infecção e instituir o mais precocemente o tratamento está entre as metas programáticas (ALEJANDRA, 2013).

No âmbito da prevenção, nova estratégia vem sendo implementada, constituindo o que vem sendo chamada de “prevenção combinada”, que reúne abordagem de prevenção (biomédica, comportamental e estrutural) em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário e social) (BRASIL, 2018).

Na perspectiva biomédica, com vistas à redução de risco de exposição incentiva-se a ampliação da distribuição de preservativos e lubrificantes e o uso de antirretrovirais, que inclui o tratamento para todas as pessoas expostas – Profilaxia Pré-Exposição – PrEP – e aquela que estiveram expostas – Profilaxia Pós-Exposição – PEP (BRASIL, 2018), este último foco do estudo.

1.2 A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO: REVISÃO DA LITERATURA

A PEP é uma intervenção biomédica, que pode ser descrita como um tratamento antirretroviral de curta duração (28 dias) que visa reduzir a probabilidade de infecção pelo HIV após exposição potencial, seja ocupacional, uso de drogas injetáveis ou através de relações sexuais (violência ou sexo consentido) (WHO, 2018), podendo reduzir o risco de infecção pelo HIV em mais de 80% dos casos (WHO, 2016a). Esta exposição é considerada uma emergência e deve ser iniciada em até 72 horas, para reduzir a probabilidade de infecção pelo HIV (WHO 2016a).

A PEP vem sendo utilizada desde 2002 na Cidade de São Francisco, Califórnia (USA) e a avaliação desta estratégia mostrou que há falta de conhecimento sobre esta ação pela população, havendo necessidade de investimentos para divulgação, bem como de avaliação, a longo prazo, pelos usuários dos serviços de saúde sobre os comportamentos de risco envolvidos e o uso efetivo do medicamento (SMITH, GROHSKOPF, BLACK, AUERBACH, VERONESE, CHEEVER, Et al., 2005).

Em 2005 o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), Atlanta, Estados Unidos, lançaram o *guideline* da PEP ocupacional, sexual, para uso de drogas injetáveis e outras situações não ocupacionais. Foi a partir destas duas publicações, da OMS e do CDC, que foi possível iniciar a PEP com um embasamento teórico-científico em todas essas frentes, fortalecendo esta política pública (CDC, 2005). No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma consulta pública sobre a PEP, indicando inicialmente a sua utilização nas situações de exposição ao HIV como risco ocupacional. A partir deste, ampliou-se a discussão para o uso da PEP em exposições não ocupacionais, como a violência sexual e de sexo consentido (WHO, 2007), lançando, em 2007, o protocolo de profilaxia pós exposição, com a determinação dos objetivos, forma de acolhimento e avaliação, bem como prescrição dos antirretrovirais (ART) e acompanhamento do paciente e demais orientações (WHO, 2007).

A partir da divulgação dos protocolos, demais países começaram a atuar nesta vertente de prevenção. A Inglaterra, em 2006, iniciou a utilização da PEP na exposição sexual como um meio de prevenção ao HIV e faz o lançamento de um *guideline* com recomendações sobre o uso potencial da PEP, o qual complementa os demais *guidelines* de profilaxia já existentes neste país (FISHER, BENN, EVANS, POZNIAK, JONES, MACLEAN Et al, 2006).

No Brasil, o MS preconiza, desde 2000, o uso de medicamentos como uma forma de prevenção combinada inicialmente para acidentes ocupacionais e posteriormente para violências sexuais e exposição sexual consentida, sendo que em 2015 foi instituído o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de PEP (BRASIL, 2016a). Tratando-se de uma emergência, é indicado seu atendimento nos Pronto-Socorros, hospitais e ambulatórios de emergência, Centros de Referência em DST/Aids, Serviços de Atenção Especializada, Centros de Testagem e Aconselhamento e Unidade de Pronto Atendimento. Não está sendo implementada nas Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária.

Como elencado anteriormente, a prevenção combinada é uma estratégia que faz uso concomitante de diferentes abordagens (BRASIL, 2018), tendo por base ações de âmbito:

- a) Biomédico: ações voltadas à redução do risco de exposição mediante intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível de infecção.
 - a. Intervenções biomédicas clássicas: ações que empregam métodos de barreira física ao vírus, por meio da distribuição de preservativos femininos e masculinos e de gel lubrificante;
 - b. Intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais: ações que inclui o tratamento de todas as pessoas com o auxílio da PEP e PrEP.
- b) Comportamental: são ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco de exposição ao HIV. Estas ações envolvem incentivo ao uso de preservativos, aconselhamento sobre HIV/Aids e outras IST, incentivo à testagem, adesão às intervenções biomédicas, vinculação e retenção nos serviços de saúde, redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas e estratégias de comunicação e educação entre pares.
- c) Estrutural: são ações voltadas aos fatores e às condições socioculturais que influenciam a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV, envolvendo preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana.

Esta é a representação gráfica da Prevenção Combinada (Figura1):

Figura 1 – Representação gráfica da prevenção combinada.

Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

Estudos sobre PEP datam do início do ano 2000 e são subdivididas em PEP ocupacional, de violência sexual e sexual.

Pesquisas relacionados à PEP ocupacional mostram que a adesão é um fator preocupante. Neste aspecto, uma pesquisa realizada na Índia em 2003, mostrou que a adesão em termos percentuais, foi baixa. Dos 484 trabalhadores de saúde que tiveram exposição, a adesão à PEP foi de 49,5%. Os resultados desta pesquisa determinaram novas formas de prevenção no ambiente hospitalar, diminuindo novos acidentes de trabalho envolvendo contato com sangue e secreções (GUPTA, ANAND, SASTRY, KRISAGAR, BASAVARAJ, BHAT, Et al, 2008).

Na Etiópia, em 2008, uma publicação da PEP ocupacional mostrou que 68,5% dos trabalhadores da área da saúde tiveram mais de uma exposição ocupacional e que o não uso da PEP estava relacionada ao medo, à angústia, ao conhecimento errado sobre a profilaxia e ao desconhecimento de locais que oferecem a PEP (TEBEJE, HAILU, 2010).

Neste mesmo sentido, outras regiões do mundo também enfrentam problemas relacionados à adesão à PEP. Na China, o uso da PEP ocupacional tem sido um problema, pois a maioria dos usuários tiveram exposição ocupacional em momentos de emergências, o que proporcionou às instituições a capacitação profissional, porém, a falha do cumprimento da PEP se deu principalmente por motivos de angústia, medo e ansiedade no tratamento. Os autores do estudo demonstraram que o apoio institucional se torna importante para que os profissionais se sintam acolhidos e isso auxilia na finalização da PEP, diminuindo os riscos a estes profissionais (LIN, LI, WU, WU, JIA, 2008).

Na Uganda, em 2010, um estudo apontou que há problemas de implantação e acesso dos profissionais de saúde. Os pesquisadores também identificaram que os profissionais que procuraram a profilaxia eram enfermeiras obstetras que acabavam tendo uma maior exposição durante o trabalho. Estes pesquisadores propuseram que as instituições de saúde realizem a ampla divulgação para o conhecimento da PEP a qual vai proporcionar um manejo adequado aos profissionais de saúde (KUMAKECH, ACHORA, BERGGREN, BAJUNIRWE, 2011).

Um estudo realizado no Brasil, mostrou que a adesão em profissionais de saúde chegou a 51,5%, e que há a necessidade de disseminar as informações referentes à PEP, para que se tenha uma adesão mais significativa entre os profissionais (MARTINS, PEREIRA, FERREIRA, 2010).

A Organização Mundial da Saúde realizou um estudo e enfatizou que a taxa de adesão ocupacional é baixa, sendo estimada em 57% (WHO, 2016a). Neste sentido, a OMS enfatizou a importância de estudos sobre a temática e a disseminação do conhecimento sobre a PEP, oportunizando o aumento da taxa de adesão.

No que se refere a PEP relacionada à violência sexual, estudos mostram que a taxa de adesão desta população é semelhante a ocupacional.

Um estudo canadense da PEP sexual relacionada à violência, realizado de 2003 a 2005, mostrou que das 798 mulheres, 57,1% tinham finalizado a profilaxia. Nesta pesquisa, foi possível avaliar outros fatores que influenciam no sucesso ou insucesso da PEP, como a presença de sentimentos como medo, dificultando a procura do atendimento e angústia pela necessidade de acompanhamento frequente destas mulheres nos serviços de saúde (LOUTFY, MACDONALD, MYHR, HUSSON, DU MONT, BALLA, Et al, 2008).

Uma revisão sistemática avaliou 24 artigos de PEP relacionados à violência sexual, e analisou que o emprego adequado do protocolo e a adesão foi extremamente baixa, de 40,3%. Neste aspecto, os autores enfatizaram que o objetivo maior, a profilaxia ao HIV, não está sendo atingida da forma correta, e que há a necessidade de estudos sob os fatores que estão correlacionados a não adesão à PEP (CHACKO, FORD, SBAITI, SIDDIQUI, 2012).

Outro estudo, apontou uma adesão de 34% nesta população, e estes pesquisadores também apontaram que na PEP de violência sexual há a necessidade de outras formas de abordagem, dentre elas a psicológica, para que se tenha sucesso no protocolo (MURIUKI, MUNENE, MACHUKI, KIARIE, ROXBY, 2017).

Uma metanálise realizada nos Estados Unidos evidenciou que dos pacientes vítimas de violência sexual, apenas 25,7% completaram o protocolo. Mediante estas baixas taxas de adesão, esses estudiosos apontam que há graves lacunas na prestação dos cuidados de saúde relacionados à PEP de violência sexual e que existe a urgência de estudos para melhorar estas taxas e reduzir os riscos a estes pacientes (SCANNELL, KIM, GUTHRIE, 2018).

Outro estudo, à nível mundial, relatou uma adesão de 40,2% na PEP violência sexual e mediante baixas taxas de adesão, os autores sugeriram esforços para simplificar as ações e apoiar as pessoas que procuram o serviço para o uso da PEP (FORD, IRVINE, SHUBBER, BAGGALEY, BEANLAND, VITORIA Et al, 2014).

Mediante baixos índices de adesão da PEP na violência sexual, a OMS em 2014, recomendou modificações na forma de abordagem para simplificar o atendimento e ter sucesso na adesão à PEP, de forma que o atendimento não pode ser diferenciado na avaliação e condução dos diversos casos. Desde então, a OMS vem desenvolvendo esforços para melhorar esta taxa de adesão (FORD, MAYER, BARLOW, BAGYINSZKY, CALMY, CHAKRIUN Et al, 2015).

Outra frente de atuação da PEP é a sexual, quando ocorre o sexo consentido e que acaba tendo o rompimento do preservativo ou o não uso. Nesta atuação, da PEP sexual, há estudos que apontam uma adesão maior em relação aos demais tipos de atendimento. Dentre os estudos, está um realizado em Amsterdam, no período de 2000 a 2007 com HSH, o qual demonstrou que dos 261 usuários que fizeram seu uso, quase a totalidade finalizaram o tratamento (91%), sendo esta investigação um marco no país, oportunizando uma avaliação consistente desta medida de profilaxia (SONDER, PRINS, REGEZ, BRINKMAN, MULDER, VEENSTRA, Et al, 2010).

No Brasil, em 2004, um grupo de pesquisadores do Rio de Janeiro, recrutou usuários dos serviços de saúde que tinham comportamento de risco e acessaram a PEP. Neste estudo 200

usuários tinham indicação à PEP, porém 68 decidiram pelo uso e a adesão destes usuários acabou sendo baixa. Esta avaliação mostrou a necessidade de melhorias das ações voltadas à PEP, para que a população tenha o amplo acesso a profilaxia e resulte na diminuição da infecção ao HIV. E suscita a discussão de que são necessárias formas de avaliação da adesão e o desenvolvimento de intervenções para evitar o abandono (SCHECHTER; LAGO; MENDELSON, MOREIRA, MOULTON, HARRISON, 2004).

Um estudo realizado em Los Angeles, nos Estados Unidos, em 2008 evidenciou que a implantação da PEP sexual era uma necessidade emergente visto que dos usuários que buscaram atendimento, 75% deles finalizaram o tratamento, ao mesmo tempo, os pesquisadores apontaram a necessidade de pesquisas de estratégia biocomportamental para a redução de risco para além da instituição do medicamento (SHOPTAW, ROTHERAM-FULLER, LANDOVITZ, WANG, MOE, KANOUSE 2008).

Em uma região da Austrália foi avaliado que usuários que tiveram exposição sexual e buscaram a PEP eram em sua maioria HSH. O estudo mostrou que o percentual de retornos foi baixo (34%), levando a implantação de novas estratégias locais para melhorar a adesão, como por exemplo a busca ativa dos pacientes, contato via telefone, envio de mensagens para acompanhamento e apoio psicológico (ARMISHAW, HOY, WATSON, WRIGHT, PRICE, PIERCE, 2011).

Na Suíça, um estudo mostrou que os atendimentos da PEP sexual foram em sua maioria para a exposição heterossexual e que o tratamento foi bem tolerado pelos usuários, sendo a taxa de finalização da profilaxia de 60% da amostra. Com este estudo, os pesquisadores identificaram algumas necessidades de intervenção, como: a busca ativa da população que não finalizou a PEP, a triagem da população com comportamento de risco e realização de ampla testagem rápida com a finalidade de diagnosticar novos casos de HIV (TISSOT, ERARD, DANG, CAVASSINI, 2010).

Na Bélgica, de 2011 a 2013, uma investigação mostrou que 98,6% das prescrições da PEP não ocupacional estavam adequadas e que, dos 1357 usuários avaliados, a maior adesão foi de HSH e a menor adesão, das vítimas de violência sexual. Este estudo sugeriu o aumento de intervenções para avaliar a adesão da população que fez uso da PEP (MALINVERNI, LI-BOIS, GENNOTTE, LA MORTÉ, MOLS, 2016).

Na Inglaterra, mesmo alguns anos após a implantação do *guideline*, em 2010 foi relatado em um estudo que usuários da PEP sexual expuseram a inequidade na oferta da profilaxia. E foi possível constatar que não havia conscientização adequada dos profissionais de saúde sobre

o *guideline*, o que levou as autoridades locais a implementarem treinamentos para abordar as questões sobre a PEP (RUTLAND, SUNDARAM, MANI, 2010).

Pesquisadores do Quênia, também relataram dificuldades com o uso da PEP. Este estudo realizado com profissionais do sexo em 2009/2010 apontou que há a necessidade de aumentar o acesso, melhorar a forma de oferta da PEP, bem como realizar a busca ativa desta população e avaliar a adesão ao tratamento, visto que eles não conseguiram medir a adesão (IZULLA, MCKINNON, MUNYAO, Et al, 2013).

Mediante o exposto, contata-se uma variabilidade muito grande entre as três frentes de atuação da PEP. Em 2003, mediante observação dos diversos problemas relacionados à PEP, a OMS realizou uma revisão da literatura sobre a adesão medicamentosa referente a algumas doenças crônicas, como asma, câncer, depressão, diabetes, epilepsia, hipertensão, tabaco, tuberculose e HIV/Aids. Neste estudo, a OMS mostrou que as principais preocupações sobre adesão estão associadas ao tratamento medicamentoso, indicando que é necessário abordar a adesão de forma mais ampla, considerando aspectos relacionados aos comportamentos dos usuários dos serviços de saúde (WHO, 2003).

Silveira e Ribeiro (2005) discutem que a adesão constitui um processo multifatorial, por envolver o profissional de saúde (cuidador) e quem é cuidado. De tal forma que a adesão está relacionada a fatores terapêuticos, educativos, identificação de fatores de risco, desenvolvimento de consciência para o autocuidado, bem como a conduta profissional nas ações em saúde, informações apropriadas, adequação do esquema terapêutico e, suporte social e emocional.

Com resultado parecido à taxa de adesão à PEP ocupacional, um estudo identificou taxa de 56% de pessoas que finalizaram a profilaxia, sendo a maior taxa de não adesão entre pessoas expostas à violência sexual, seguido de HSH e adolescentes (FORD, IRVINE, SHUBBER, BAGGALEY, BEANLAND, VITORIA Et al, 2014).

A não adesão tem um impacto na sua eficácia, caracterizando-se em um grande desafio, conforme os estudos apresentam (COHEN, LIU, BERNSTEIN, PHILIP, 2013; SONDER, PRINS, REGEZ, BRINKMAN, MULDER, VEENSTRA, Et al, 2010; LUNDING, KATZENS-TEIN, KRONBORG, LINDBERG, JENSEN, NIELSEN, Et al, 2010).

Os motivos da não adesão, relatados pelos pacientes, envolvem principalmente dificuldades em relação à tomada das medicações, basicamente pela presença de efeitos adversos e a tensão psicológica frente a possibilidade de infecção (PARKIN, MURPHY, ANDERSON, Et al, 2000; EVANS, DUGGAN, BAKER, Et al, 2001; KAHN, MARTIN, ROLAND, Et al, 2001). Os motivos de não adesão identificados entre pessoas que sofreram violência foram a falta de apoio psicológico e social e o estigma provocado pela doença.

No Brasil, o Ministério da Saúde enfatiza diversos problemas com a implantação da PEP, como o acesso ao programa, organização do processo de trabalho, formas de abordagem dos pacientes, bem como a descontinuidade do medicamento, diminuindo a adesão à PEP (BRASIL, 2013).

Algumas revisões sistemáticas apresentam alguns meios de abordagem para melhorar a adesão dos usuários à PEP, como o apoio psicossocial durante o tratamento, a abordagem da percepção de risco do usuário e a busca ativa dos não aderentes mostrando a importância da PEP (THOMAS, GALANAKIS, VÉZINA, LONGPRÉ, BOISSONNAULT HUCHET, ET AL, 2015; BLASHILL, EHLINGER, MAYER, SAFREN, 2015; CATHERINE, OLDENBURG, BA'RNIGHAUSEN, HARLING, MIMIAGA, KENNETH, MAYER, 2014; CHACKO, FORD, SBAITI, RUBY, 2012; FORD, VENTER, IRVINE, BEANLAND, SHUBBER, 2015).

Neste aspecto de melhorias relacionadas à adesão, alguns estudiosos criaram instrumentos validados que medem a adesão as quais estão sintetizadas no quadro 1.

Quadro 1 – Instrumentos de avaliação da adesão medicamentosa nas diversas doenças crônicas

Artigo	Autores	Tema	Local	Ano
Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence	Morisky, Green, Levine	Hipertensão	Estados Unidos	1986
The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence	Svarstad, Chewning, Sleath, Claesson	Adesão medicamentosa	Estados Unidos	1999
Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study	Knobel, Alonso, Casado, Collazosd, González, Ruiz Et al.	Adesão terapia antirretroviral - HIV	Espanha	2002
Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral"	Remor, Milner-Moskovics, Preussler	Adesão terapia antirretroviral - HIV	Brasil	2007
Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos.	Santa Helena, Nemes, Eluf-Neto	Hipertensão	Brasil	2008
Performance of two questionnaires to measure treatment adherence in patients with Type-2 diabetes.	Prado-Aguilar, Martínez, Segovia-Bernal, Reyes-Martínez, Arias-Ulloa	Diabetes mellitus tipo 02	México	2009
Management of patient adherence to medications: protocol for an online survey of doctors, pharmacists and nurses in Europe	Clyne, Mshelia, Hall, Mclachlan, Jones, Dobbels Et al	Adesão medicamentosa	Inglaterra	2011

(continua)

(continuação)

Artigo	Autores	Tema	Local	Ano
--------	---------	------	-------	-----

Adaptação brasileira de questionário para avaliar adesão terapêutica em hipertensão arterial.	Matta, Luiza, Azeredo	Hipertensão	Brasil	2013
Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment	Rodrigues, Moreira, Andrade	Hipertensão	Brasil	2014
Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments	Pérez-Escamilla, Franco-Trigo, Moullin, Martínez-Martínez, García-Corpas	Hipertensão	Espanha	2015
Validation of the Adherence Barriers Questionnaire – an instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence	Müller, Kohlmann, Wilke	Adesão medicamentosa	Alemanha	2015
Avaliação da adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde: tradução e adaptação cultural de instrumento	Jansen, Marziale, Santos, Dantas, Ko	Adesão PEP ocupacional	Brasil	2015

(conclusão)

Fonte: A autora, 2018.

Dentre os inúmeros instrumentos existentes, um instrumento Europeu, criado para médicos, enfermeiros e farmacêuticos avalia a percepção, crenças e comportamentos dos profissionais na adesão ao tratamento dos pacientes nas doenças crônicas. Este estudo mostrou que há a necessidade de intervenções educativas com os profissionais, melhoria na formação e que estes necessitam realizar o trabalho baseado em evidência oportunizando suporte aos pacientes (CLYNE, MSHELIA, HALL, MCLACHLAN, JONES, DOBBELS Et al, 2011).

Outro estudo, de adaptação transcultural de um instrumento de avaliação da adesão na hipertensão arterial, foi validado e pode ser aplicado como ferramenta de auxílio de avaliação da adesão à hipertensão na saúde pública brasileira (MATTÁ, LUIZA, AZEREDO, 2013).

Outros pesquisadores, realizaram o levantamento dos instrumentos válidos à avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Neste sentido eles conseguiram verificar 12 instrumentos validados e que podem ser utilizados para este fim, e que pode auxiliar na melhor medida da adesão medicamentosa (PÉREZ-ESCAMILLA, FRANCO-TRIGO, MOULLIN, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, GARCÍA-CORPAS, 2015).

Em 2008, pesquisadores brasileiros tiveram a preocupação em desenvolver e validar um instrumento capaz de medir a não adesão no tratamento hipertensivo, tentando avaliar a forma que o paciente consegue administrar seu tratamento (SANTA HELENA, NEMES, ELUFNETO, 2008).

Outro questionário desenvolvido por pesquisadores mexicanos foi para avaliar a adesão medicamentosa no tratamento de diabetes mellitus tipo 02. Neste sentido, eles desenvolveram e validaram um questionário em pacientes de um instituto de seguro social mexicano. Estes autores conseguiram comprovar que com menor escolaridade, a adesão de um tratamento contínuo acaba se tornando mais dificultoso, porém enfatizaram que este dado pode mudar de acordo com o contexto populacional (PRADO-AGUILAR, MARTÍNEZ, SEGOVIA-BERNAL, REYES-MARTÍNEZ, ARIAS-ULLOA, 2009).

Pesquisa realizada na Alemanha teve como objetivo a validação de um questionário de avaliação de barreiras de adesão, o qual identificou que são necessárias intervenções de adesão com uma abordagem personalizada a cada paciente (MÜLLER, KOHLMANN, WILKE, 2015).

Mantendo esta perspectiva de avaliação da adesão, em 1986, pesquisadores enfatizaram que a adesão é um problema clínico e significativo no regime medicamentoso da hipertensão e, neste sentido, criaram um questionário validado e utilizado no mundo todo (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986).

Um estudo Norte americano avaliou a adesão medicamentosa por meio do *Brief Medication Questionnaire (BMQ)*, e comprovou que a utilização de questionários proporciona uma sensibilidade maior na avaliação da adesão e oportuniza a correlação entre a avaliação objetiva e a prática clínica dos profissionais de saúde. A utilização destes questionários são ferramentas úteis na identificação e diagnóstico de problemas de adesão (SVARSTAD, CHEWNING, SLEATH, CLAEISSON, 1999).

Em 2014, outros pesquisadores brasileiros realizaram um instrumento de mensuração da adesão ao tratamento medicamentoso na Hipertensão que se mostrou apropriado para medir a baixa adesão e concluíram que instrumentos como este conseguem facilitar a identificação e a aferição do cumprimento da terapêutica do paciente em uso de anti-hipertensivo (RODRIGUES, MOREIRA, ANDRADE, 2014).

Por fim, há três importantes questionários que avaliam a adesão na área do HIV: o primeiro, avaliou pacientes em uso de terapia antirretroviral, e este questionário se mostrou adequado para a avaliação da adesão dos pacientes, bem como é um instrumento sensível, específico e confiável, desempenhando um bom papel na avaliação na clínica proposta (KNOBEL, ALONSO, CASADO, COLLAZOSD, GONZÁLEZ, RUIZ Et al, 2002).

O segundo estudo, uma validação de instrumento no Brasil avaliou o grau de adesão ao tratamento antirretroviral, o qual é simples e de fácil compreensão. Este instrumento consegue avaliar fatores que podem traçar o comportamento de adesão ao tratamento do paciente (REMOR, MILNER-MOSKOVICS, PREUSSLER, 2007).

Já o terceiro, é um instrumento específico de avaliação da adesão à PEP ocupacional, o qual embasou discussões e análises na temática proposta (JANSEN, MARZIALE, SANTOS, DANTAS, KO, 2015).

Após esta busca de artigos referentes à temática, encontrou-se um artigo referente à temática – citado anteriormente – com abordagem ocupacional, no entanto, não foram encontrados na literatura nacional e internacional instrumentos de medida de adesão à PEP sexual.

Sintetizando, são justificativas para o desenvolvimento do presente estudo: a importância que a epidemia de HIV tem no cenário epidemiológico; as repercussões que a infecção pelo HIV provocam nas pessoas que são acometidas pelo HIV e suas famílias; a possibilidade hoje existente de oferta de profilaxia para pessoas que tiveram situações de risco de infecção por exposição ao HIV, sendo sua eficácia dependente da adesão do usuário à tomada dos antirretrovirais e às outras medidas de prevenção; a inexistência de instrumentos validados que meçam esta adesão, entendendo que a partir destes é possível dar visibilidade aos aspectos que dificultam sua efetivação de tal forma que a proposição de um questionário com esta finalidade pode contribuir com a produção de indicadores para o aprimoramento, monitoramento e avaliação da implementação da PEP.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

Ao desenvolvimento dessa tese, foram elencados os seguintes objetivos:

2.1 GERAL

Elaborar a construção dos itens de uma escala de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde à PEP por exposição sexual consentida.

2.2 ESPECÍFICO

- Validar por meio da validade de conteúdo a escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde à PEP por exposição sexual;
- Analisar a psicometria da escala de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde à PEP por exposição sexual consentida.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico que visa elaborar uma escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde à PEP por exposição sexual consentida.

3.1 CONCEPÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL

Em primeiro lugar, apresenta-se o sentido que o presente estudo toma por adesão. Na sequência, são apresentadas as bases teóricas e conceituais propriamente da ciência da psicomетria, que trata da validação da escala.

O termo adesão possui outros correlatos utilizados com o mesmo sentido, tais como aderência, no idioma inglês *compliance* e *adherence* (Quadro 2):

Quadro 2 – Termo, definição e conceito de adesão encontrado na literatura

Definição	Fonte/Publicação	Ano
Adesão ao medicamento (não há o termo único adesão) – Cooperação voluntária do paciente na tomada de medicamentos ou remédios, conforme prescrito. Isto inclui a duração, a dosagem e a frequência.	Descritores em Ciências da Saúde (Decs)	2018
Adesão – status positivo – ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações realizadas e que consiste em um conjunto de ações ou comportamentos. Há o cumprimento do tratamento e suas instruções conforme prescrito e realiza a mudança do seu comportamento para sua melhora.	<i>International Council of Nurses (ICN)</i>	2016
Adesão – medida em que os pacientes tomam seus medicamentos como prescritos por seus prestadores de cuidados de saúde.	Agency for Healthcare Research and Quality	2012
<i>Adherence</i> – Sinônimo de conformidade (<i>compliance</i>). Considera a extensão a que o comportamento do paciente, coincide com aconselhamento médico ou de saúde.	American College of Preventive Medicine	2011
Adesão – Desenvolvimento de ações em três níveis: forma de como a pessoa entende o processo saúde-doença, forma de como o indivíduo é inserido na sociedade para o enfrentamento dos processos e processo de produção de serviços de saúde e as formas de organização dos processos de trabalho.	Bertolozzi, Nichiata, Takahashi, Ciosak, Hino, Val, Guanillo, Pereira.	2009
<i>Compliance</i> – forma que um paciente age de acordo com o regime de dosagem prescrito. A unidade de medida é de doses administradas por determinado período de tempo, relatado como a proporção de doses prescritas tomadas no intervalo de tempo prescrito.	Cramer, Roy, Burrell, Fairchild, Fuldeore, Ollendorf, Wong.	2008
É um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre os participantes.	Ministério da Saúde	2007

(continua)
(continuação)

Definição	Fonte/Publicação	Ano
<i>Adherence</i> : medida em que comportamento de uma pessoa, tomando a medicamento, seguindo uma dieta, e/ou executando a mudanças de estilo de vida, corresponde com recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde.	World Health Organization (WHO)	2003
No termo Adesão à luz da Enfermagem em Saúde Coletiva entende-se que não se reduz a um ato de volação pessoal; é um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolve o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido mais amplo.	Bertolozzi	2001
Adesão – Comportamentos do paciente que coincidem com as recomendações dos provedores de saúde para a saúde e do conselho médico.	Sackett e Snow	1979

(conclusão)

No presente estudo optou-se pela terminologia “adesão” por entender que ela compreende uma participação mais ativa do usuário. Na perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva, será adotado o sentido de adesão produzido por Bertolozzi (2001). A pesquisadora propõe como forma de operacionalização do sentido, a percepção sobre o processo saúde-doença, as formas de inserção do indivíduo na sociedade, o processo de produção de serviços de saúde e formas de organização dos processos de trabalho.

Neste aspecto, a adesão medicamentosa está associada às condições particulares da pessoa que se desenvolvem ao longo da sua história e com relação da sociedade (BERTOLOZZI, 1998), bem como as associadas às barreiras sociais, culturais, demográficas, ao trabalho dos profissionais e as relacionadas ao medicamento (MISHRA, 2006). Neste sentido que a adesão ou a não adesão do indivíduo em um determinado tratamento pode não ser contínuo.

E é neste sentido que o apoio dos profissionais de saúde é importante, pois pode contribuir à adesão terapêutica. Este apoio está atrelado ao acolhimento e vínculo entre os profissionais e o paciente, oportunizando qualidade na assistência prestada e na adesão ao tratamento (TERRA, BERTOLOZZI, 2008).

Posteriormente ao entendimento do conceito adesão, foi necessário tomar por parâmetro as bases das ciências psicossociais, desenvolvidas pelo psicometrista Pasquali (1996), que segundo concebe, uma medida deve mensurar o que se pretende estudar (PASQUALI, 2009). A validação do instrumento desta pesquisa se dará pela validade aparente, conteúdo e constructo.

A validade de conteúdo constitui o grau que o instrumento evidencia (representa) a um domínio específico que o conteúdo pretende medir, neste item é avaliado o caráter semântico dos itens apresentados (PASQUALLI, 2009).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado na Cidade de Curitiba, capital paranaense cuja população conta com 1.908.359 pessoas conforme os dados de 2017 do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Dados socioeconômicos dessa cidade mostram que em 2015, o salário médio mensal era de 4 salários mínimos, com 96,3% da cidade com tratamento de esgoto sanitário adequado, 76,1% de domicílios urbanos em via pública com arborização e 59,1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE,2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) de Curitiba, conta com uma consolidada rede de serviços de saúde, com 141 serviços próprios, dentre estes, 109 unidades de saúdes (42 Unidades básicas, 65 Unidades Estratégia Saúde da Família e 02 Unidades de Especialidades), 05 unidades de especialidades médicas, 03 centros de especialidades odontológicas, 02 hospitais, 01 laboratório de análises clínicas, 01 central de vacinas, 05 residências terapêuticas, 01 centro de zoonoses e 68 espaços saúde. Além do atendimento próprio, o Sistema de Saúde de Curitiba possui contratos de prestação de serviços com clínicas especializadas, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA, 2017).

O sistema de saúde de Curitiba está organizado em 06 diretorias: atenção primária em saúde, centro de controle, avaliação e auditoria, centro de epidemiologia, centro de saúde ambiental, centro de assistência à saúde e sistema de urgência e emergência. A organização do serviço se divide em 10 distritos sanitários, cada um com um responsável e cada um destes distritos com suas especificidades de atendimentos à população conforme Figura 2 (SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA, 2017).

Figura 2 – Organograma do Sistema de Saúde da Cidade de Curitiba, Paraná, 2018.

Fonte: a autora, 2018.

O local deste estudo foi o Centro de Orientação e Acolhimento (COA), pertencente ao distrito Matriz, que é referência aos demais distritos da cidade. Este serviço está localizado no centro da cidade, local de fácil acesso à população e realiza os seguintes atendimentos (Figura 3):

Figura 3 – Organização do trabalho no COA, Curitiba, Paraná, 2018

Fonte: a autora, 2018.

O COA oferece os seguintes serviços: testagem rápida para HIV, sífilis, hepatite B e C; PEP; PrEP; consultas médicas para pacientes em tratamento de Hepatite, HIV e Aids, bem como a distribuição de medicamentos para HIV, Aids e Hepatites. Neste local, também é ofertado trabalho de psicologia em grupo e individual.

A PEP na cidade de Curitiba está disponível em dois locais: no Centro de Orientação e Acolhimento (COA), serviço municipal especializado com atendimentos de segunda a sexta das 7h às 17h e com serviço estadual no Hospital Osvaldo Cruz, com atendimento 24 horas. O local de desenvolvimento desta pesquisa foi o COA, sob supervisão de uma Enfermeira, a qual participou da organização do serviço durante todo o período de coleta. O estudo focou no atendimento realizado aos usuários que procuraram o serviço para a realização da PEP.

O atendimento para a realização de testagem rápida é por livre demanda de segunda à sexta-feira das 7h às 17h, sendo o último atendimento da PEP às 15h30min, devido à necessidade de consulta médica. Este serviço especializado realiza por mês (setembro a novembro) uma média de 845 atendimentos referentes à testagem rápida em geral e deste total 688 testes para o HIV. Do total de exames para o HIV, 51 atendimentos em média foram relacionados à PEP.

Em janeiro de 2018, o serviço contava com uma equipe composta por uma enfermeira coordenadora, 03 enfermeiras assistenciais (coleta de teste rápido), 05 médicos, 08 técnicos de enfermagem, 02 psicólogos e 03 administrativos.

3.3 SUJEITOS DE PESQUISA

A pesquisa pressupôs três grupos de sujeitos para validação da medida. O primeiro grupo foi composto por juízes (experts), sendo: 01 metodologista, 05 profissionais da área da saúde e 01 linguista, totalizando 07 pessoas que avaliaram o questionário elaborado pela pesquisadora. A escolha dos participantes foi feita por meio da busca realizada no diretório do CNPq, por meio de uma seleção de grupos de pesquisa relacionados às seguintes áreas: HIV, estudos metodológicos, linguísticos e de construção de questionários. Após esta seleção, os juízes foram convidados via *e-mail*, com a explicação do projeto e envio do *link* para avaliação do questionário. Após o aceite da participação, os juízes iniciavam a avaliação do questionário conforme fora proposto (PASQUALI, 2009).

Após a avaliação dos juízes, o segundo grupo foi composto por 10 pessoas aleatórias (leigos) da população, que tivessem no mínimo a compreensão de uma pessoa com 12 anos de idade, e que conseguissem realizar a leitura e compreender o que estava sendo proposto. Esta validação refere-se à compreensão e à aceitação que as pessoas têm do que está sendo medido e à análise dos itens do instrumento após a sua construção (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

O terceiro grupo foi constituído por usuários do serviço de saúde do COA na cidade de Curitiba – Paraná. Esses usuários procuraram o serviço de saúde pelo fato que tiveram alguma exposição de risco relacionada ao sexo.

Para a participação desta pesquisa estabeleceu-se os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; procura por livre demanda por atendimento por motivo de exposição sexual consentida sem proteção; indicação de quimioprofilaxia conforme protocolo do Ministério da Saúde (MS).

A literatura indica nesta etapa que a aplicação da escala tem um número variável de 03 a 10 usuários por questão, sendo que para este estudo, optou-se pela recomendação de Cattell que indica um número mínimo entre três a seis correspondentes por item, ficando estabelecido três correspondentes por item (CATTELL, 1978). Na composição final do questionário por amos-

tragem seriam necessários de 144 a 240 usuários para a análise fatorial exploratória e confirmatória. No estudo, foi possível a aplicação com 108 usuários, em função da demora no tempo de aprovação junto ao Comitê de Ética de ambas as instituições versus o tempo de coleta de dados necessário para a finalização do estudo. No texto, esta limitação é abordada à frente.

Os usuários passaram por duas abordagens, sendo a primeira no primeiro dia de atendimento e a segunda após a finalização dos 28 dias de tratamento. Aos usuários que não retornaram no segundo atendimento, foi feito o contato de até três tentativas, com vistas à segunda avaliação do usuário.

3.4 PROCEDIMENTO ADOTADOS PARA VALIDAÇÃO

A seguir serão apresentadas as etapas de elaboração e validação da escala de adesão à PEP.

3.4.1 Construção dos itens da escala de avaliação da adesão à PEP sexual consentida

Para traçar o perfil do usuário e identificar vulnerabilidades foi elaborado um questionário sociodemográfico e de investigação de relacionamento (Apêndice I). Este instrumento foi adaptado do questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015) e da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Aids.

Posteriormente foi elaborado pela pesquisadora um questionário com base na literatura (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986; KNOBEL, ALONSO, CASADO, COLLAZOS, GONZÁLEZ, RUIZ Et al, 2002; REMOR, MILNER-MOSKOVICS, PREUSSLER, 2007; RODRIGUES, MOREIRA, ANDRADE, 2014; JANSEN, MARZIALE, SANTOS, DANTAS, KO, 2015), sobre os condicionantes que levam à adesão (ou não) dos indivíduos à PEP, inspirado no estudo de adesão à tuberculose (BERTOLOZZI, 2001).

A escala (Apêndice II) foi elaborada segundo respostas a uma escala tipo *Likert*. Esta escala, proposta em 1932, utiliza 05 pontos de avaliação. Outros autores afirmam que a escala de 05 pontos, proposta por *Likert*, é uma escala confiável, e a escolha por 05 pontos aumenta a consistência interna (JENKINS, TABER, 1977; LISSITZ, GREEN, 1975; MASTERS, 1974)

Desta forma, devido a especificidade do tema e considerando a sensibilidade de mensuração dos respondentes, optou-se pela escala de 05 pontos (TOURANGEAU; RASINSKI, 1988).

A escolha desta medida foi pelo fato de que seu uso pode verificar o grau de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo favorável ou não (PASQUALI, 1996). Diante desta escolha, esperava-se que os indivíduos pudessem expressar suas atitudes frente ao tema proposto.

O questionário foi desenhado segundo um conjunto de itens em cada uma das dimensões “percepção sobre o processo saúde-doença”; “formas de inserção do indivíduo na sociedade”; “processo de produção de serviços de saúde e formas de organização dos processos de trabalho” (BERTOLOZZI, 2001), a qual é demonstrada a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 – Escala de avaliação da adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV (versão 01)

DIMENSÃO “PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA”					
ITENS	01	02	03	04	05
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento?					
2. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento conforme a dose prescrita?					
3. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento nos horários estabelecidos?					
4. Alguma vez, quando saiu de casa, esqueceu de tomar o medicamento?					
5. Alguma vez você sentiu dificuldade para lembrar de tomar o medicamento?					
6. Alguma vez, nas últimas duas semanas, você esqueceu de tomar o medicamento?					
7. Alguma vez você parou o medicamento sem avisar os profissionais de saúde que te atenderam?					
8. Alguma vez você se sentiu mal e deixou de tomar o medicamento?					
9. Alguma vez você sentiu incomodado e não tomou o medicamento?					
10. Alguma vez você teve curiosidade em saber os meios de transmissão do HIV?					
11. Alguma vez você procurou saber as formas de prevenção do HIV?					

12. Alguma vez você fez sexo seguro?					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

(continua)
(continuação)

DIMENSÃO “PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA”					
ITENS	01	02	03	04	05
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
13. Alguma vez você teve múltiplos parceiros sexuais?					
14. Você tem relações sexuais com parceiros conhecidos?					
15. Você contou para seus familiares sobre o tratamento?					

DIMENSÃO “FORMAS DE INSERÇÃO DO INDIVÍDUO NA SOCIEDADE”					
ITENS	01	02	03	04	05
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez a equipe esteve atenta às suas necessidades?					
2. Alguma vez a equipe de saúde teve preocupação com você?					
3. Alguma vez a equipe de saúde ofereceu apoio espiritual?					
4. Alguma vez os profissionais que te atenderam, passaram confiança?					
5. Alguma vez você se sentiu confortável para falar sobre seus sentimentos com a equipe?					
6. Alguma vez seus amigos mostraram preconceito?					
7. Alguma vez seus familiares demonstraram entender o tratamento?					
8. Alguma vez seus colegas de trabalho mostraram preconceito sobre o tratamento?					
9. Alguma vez você não teve acesso ao preservativo?					

DIMENSÃO “PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO”					
ITENS	01	02	03	04	05
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez você recebeu orientações sobre o tratamento?					
2. Você teve um profissional que te auxiliou no atendimento?					

3. Você teve profissionais disponíveis para te ajudar em algum momento do atendimento?					
--	--	--	--	--	--

(continua)

(continuação)

DIMENSÃO “PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO”					
ITENS	01	02	03	04	05
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
4. Recebeu apoio do serviço de saúde para o tratamento?					
5. Se sentiu acolhido para fazer o tratamento?					
6. Você se sentiu seguro com as orientações passadas?					
7. Constatou que estava sendo atendido por pessoas competentes?					
8. Recebeu orientações sobre o tempo de tratamento?					
9. Recebeu orientações para não esquecer de tomar o medicamento?					

(conclusão)

Após a construção da escala, seguiu-se com a validação de conteúdo e constructo com a participação de juízes.

3.4.1.1 Validação de conteúdo com a participação de juízes

Esta etapa contou com 07 participantes: 01 metodologista, 05 profissionais da área da saúde e 01 linguista, sendo dos seguintes estados da federação: Paraná, São Paulo, Pernambuco e Pará. A abordagem para a coleta de dados com os juízes ocorreu por meio de contato por *e-mail*, com uma breve explicação dos objetivos da pesquisa, bem como o envio do *link* para a coleta por meio de uma plataforma eletrônica – *Survey Monkey*. Foi realizada nos meses de maio e julho de 2017, com um tempo médio de resposta de 69 minutos.

O retorno de alguns juízes (quatro) levou em média de 05 dias, porém houve uma dificuldade de retorno de três juízes, o que ocasionou o atraso da coleta das demais etapas. Nesta avaliação foi feita a validação de conteúdo do instrumento, avaliando o grau de concordância entre os juízes, conforme o escore discordo totalmente (1), discordo parcialmente (2), concordo parcialmente (3) e concordo totalmente (4) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011) (Apêndice III).

Após a avaliação dos juízes, foi possível retirar alguns itens na escala que os juízes julgaram necessário (Apêndice IV), e a escala ficou com 24 itens, demonstrados no quadro 4. Vale ressaltar que a avaliação dos juízes está descrita na análise dos dados.

Quadro 4 – Escala de avaliação da adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV (versão 2)

DIMENSÃO “PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA”					
ITENS	01	02	03	04	05
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento?					
2. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento conforme a dose prescrita?					
3. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento nos horários indicados?					
4. Alguma vez você sentiu dificuldade para lembrar de tomar o medicamento?					
5. Alguma vez você deixou de tomar o medicamento sem avisar os profissionais de saúde que te atenderam?					
6. Alguma vez você se sentiu mal e deixou de tomar o medicamento?					
7. Você sabe como o HIV é transmitido?					
8. Alguma vez você procurou saber sobre as formas de prevenção do HIV?					
9. Alguma vez você fez sexo com preservativo?					
10. Alguma vez você teve múltiplos (vários) parceiros sexuais?					
11. Você tem relações sexuais com parceiros conhecidos					

DIMENSÃO “FORMAS DE INSERÇÃO DO INDIVÍDUO NA SOCIEDADE”					
ITENS	01	02	03	04	05
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez a equipe de saúde esteve atenta às suas necessidades?					
2. Alguma vez você não sentiu confiança dos profissionais de saúde que te atenderam?					

3. Alguma vez você se sentiu confortável para falar sobre seus sentimentos com a equipe de saúde?					
4. Alguma vez seus amigos mostraram preconceito diante do seu problema de saúde?					

(continua)

(continuação)

DIMENSÃO “FORMAS DE INSERÇÃO DO INDIVÍDUO NA SOCIEDADE”					
ITENS	01	02	03	04	05
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
5. Alguma vez seus familiares compreenderam o seu tratamento?					
6. Alguma vez seus colegas de trabalho mostraram preconceito sobre o seu tratamento?					
7. Alguma vez você não teve acesso à prevenção combinada (aconselhamento; TcP; PrEP e PEP)?					

DIMENSÃO “PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO”					
ITENS	01	02	03	04	05
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez você recebeu orientação sobre o seu tratamento?					
2. Você teve profissionais disponíveis para te ajudar em algum momento do atendimento?					
3. Você recebeu apoio do serviço de saúde para o seu tratamento?					
4. Se sentiu acolhido para fazer o tratamento?					
5. Você se sentiu seguro com as orientações passadas pelos profissionais de saúde?					
6. Recebeu orientações para não esquecer de tomar o medicamento?					

(conclusão)

3.4.1.2 Validação aparente (face) com população “leigas”

A população leiga foi abordada de forma aleatória em um local neutro da cidade de Curitiba (praça no centro da cidade), o qual era próximo de praças, terminal de ônibus, universidades, comércios e *shopping*. Esta etapa não é considerada tão sofisticada e exige uma menor

habilidade de avaliação, porém a população alvo precisa compreender os itens descritos (PAS-QUALI, 1998). A amostra composta por 10 pessoas, foi construída à luz da amostragem não probabilística por conveniência, conforme Aaker, Kumar e Day (1995).

Esta etapa da coleta foi realizada no mês de agosto de 2017, utilizando como suporte o instrumento do apêndice V. Os participantes que aceitaram o convite, tiveram um tempo médio de resposta de 14 minutos.

Esta abordagem não apresentou nenhuma dificuldade no período de coleta.

3.4.1.3 Validação de constructo com usuários de PEP

Conforme o protocolo do Ministério da Saúde (2017a), o usuário do serviço de saúde necessita realizar o tratamento de curta duração por 28 dias ininterruptos, sendo este o primeiro atendimento, o segundo atendimento com 30 dias e o terceiro com 90 dias.

No momento de chegada foi realizado um cadastro dos usuários que chegavam por livre demanda no setor para a realização dos testes, havia uma abordagem inicial a todos eles sobre a exposição sexual até 72 horas.

Os usuários que procuraram por livre demanda o COA para a realização de testagem rápida e que tiverem alguma exposição de risco sexual foram abordados quanto aos objetivos da pesquisa e após o entendimento e aceite, foram encaminhados para o fluxo de atendimento do serviço de saúde. Após o aconselhamento e coleta dos exames de sangue, aqueles com indicação da PEP foram abordados em uma sala reservada na qual a pesquisadora explicou novamente o projeto e os objetivos (APÊNDICE I).

A coleta desta etapa com os usuários se deu em dois momentos: no primeiro dia de atendimento, e após a finalização dos 28 dias de tratamento. Vale ressaltar que não foi acompanhado os 90 dias destes usuários.

Esta primeira abordagem de coleta de dados dos pacientes iniciou no dia 11 de setembro e finalizou em 17 de novembro de 2017 contando com 128 participantes, porém, a amostra final foi composta por 108 usuários. No primeiro atendimento, o tempo médio de abordagem foi de 11 minutos, sendo esta abordagem realizada durante o tempo de espera dos resultados dos exames.

No primeiro momento de abordagem, houve uma resistência dos usuários no sentido de conversar sobre um assunto delicado com um desconhecido. Foi preciso realizar a abordagem com cuidado, explicando os objetivos do trabalho, e posteriormente, foi iniciado a entrevista.

Na segunda abordagem após a finalização do tratamento de 28 dias, novamente foram realizados os testes rápidos (HIV, Hepatite B e C e sífilis) pela enfermeira assistencial do serviço de saúde e, em seguida, o atendimento médico. Este segundo contato, ocorreu no interstício compreendido entre 16 de outubro a 20 de dezembro de 2017. Nesta ocasião foi realizada a abordagem com a aplicação do questionário de adesão a PEP-sexual (APENDICE IV).

Nesta segunda abordagem, o tempo médio foi de 22 minutos e com um retorno de 67 (62,04%) dos usuários. Neste momento, não houve nenhuma dificuldade de abordagem aos usuários. Após este segundo atendimento, os usuários saíam com o retorno dos 90 dias de acompanhamento. Esta avaliação é importante devido à toxicidade hepática e renal bem como à possibilidade de soroconversão para o HIV e às Hepatites.

Os usuários que não retornaram nos 30 dias (n= 25) foram abordados por telefone, sendo realizado até 03 tentativas de abordagem, para que fosse finalizada a entrevista sobre a avaliação da adesão ao PEP sexual.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

À realização da análise dos dados desta escala de medida foi necessária a determinação da validade das suas etapas (conteúdo, aparente e constructo), a qual está descrita a seguir.

3.5.1 Validade de conteúdo: juízes

A análise da validação de conteúdo foi feita pelo índice de validade de conteúdo (IVC), que calcula o grau de concordância entre os juízes. Esta avaliação consiste em uma escala tipo Likert com pontuações de 01 a 04, em que 01 é item descrito como discordo totalmente, 02 é o item de discordo parcialmente, 03 é o item de concordo parcialmente e item 04 é concordo totalmente (APÊNDICE III). Durante o processo de avaliação dos itens, os juízes realizaram observações nos itens, bem como realizaram sugestões para a melhoria do item ou sua exclusão.

Após a avaliação dos juízes, faz-se a somatória dos valores com três e quatro pontos e divide-se o total de respostas, conforme a fórmula proposta por Grant e Davis (1997):

$$IVC = \frac{\text{número de respostas 03 e 04}}{\text{número total de respostas}}$$

Neste estudo, o IVC considerado como ideal é de 80% (DAVIS, 1992). Nesta etapa de validação, foi realizada a correlação de Pearson intra-juízes. A correlação de Pearson é uma medida de associação linear entre duas variáveis, neste sentido, duas variáveis se associam quando elas possuem semelhanças na sua distribuição (MUKAKA, 2012).

3.5.2 Validade de aparência: população leiga

A análise de dados da validade aparente foi feita por meio de uma técnica simples para indicar se a medida aparentemente avalia o que se propõem (APENDICE V). Nesta validação, a população leiga, apontou dúvidas em siglas que constavam no instrumento, siglas que foram propostas pelos juízes, que acarretou na explicação das siglas no momento da coleta de dados com os usuários, porém não foi retirado os itens, devido sua importância. Nesta validação houve 100% de validade entre a população leiga.

3.5.3 Validade de constructo: usuários dos serviços de saúde indicados para PEP

A validade de constructo foi realizada por meio da aplicação do instrumento com os usuários indicados à PEP. Após a aplicação do instrumento foi realizada a análise fatorial (exploratória – AFE), a qual possibilitou avaliar se os itens propostos podem ser explicados por um número menor de itens e se há correlação entre as variáveis. (PASQUALI, 1997; ARTES, 1998).

Após a avaliação da análise fatorial, foram realizados cálculos estatísticos, com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20, para realizar a eliminação ou não dos itens do instrumento.

Na sintaxe do SPSS, utilizou-se da rotação Varimax, um método de rotação ortogonal que maximiza as cargas fatoriais dentro de um fator, que examina um grande número de variáveis que podem ser resumidas em um conjunto menor de fatores, sem perda substancial da informação (FIELD, 2009).

Com base neste resultado foi possível analisar os itens para então verificar a possibilidade de retirar algum item da escala e por fim finalizá-lo com o número de itens necessários para realmente medir o que se propõem.

Nesta etapa do trabalho fez-se o teste de confiabilidade, a qual refere-se às características que um teste deve possuir, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou seja é a constância dos resultados obtidos, quando um mesmo indivíduo ou objeto é avaliado ou medido

mais de uma vez, produzindo resultados semelhantes. Esta avaliação de confiabilidade foi feita pelo teste de alfa de Cronbach (PASQUALI, 2003).

O coeficiente alfa possui valores de zero (00) a um (01), onde o 00 indica a ausência total de consistência interna dos itens, e o 01, a presença de consistência interna de 100%. Quanto maior for o valor encontrado, mais fidedigna é a medida proposta. Sabe-se que não existe um consenso entre pesquisadores a respeito dos níveis mais adequados, mas sabe-se que valores acima de 0,80 são considerados expressivos e valores abaixo de 0,70 são tidos como coeficientes frágeis (PASQUALI, 2003; PEREIRA, 2004; HAIR, BLACK, BABIN, ANDERSON, TATHAM, 2009).

Após esta avaliação, foi realizado o teste de Qui-quadrado na amostra dos usuários avaliando sexo, adesão e não adesão, para comparar as proporções, isto é, as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento (FIELD, 2009).

Devido ao tamanho amostral, matematicamente reduzido, foi necessária a realização de teste de G nas avaliações: orientação sexual, faixa etária e, escolaridade versus adesão e não adesão (FIELD, 2009).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes desta pesquisa foram convidados a participar da pesquisa e foi ofertado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES VI, VII e VIII).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e pela Secretaria de Saúde do Município de Curitiba, sob número: 2.070.705 (ANEXO I), atendendo à Resolução nº 466/12. Os materiais utilizados nesta pesquisa serão guardados, pela pesquisadora por um período de cinco anos e depois serão destruídos.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Nesta seção, serão apresentados os resultados oriundos da construção e validação da escala de adesão à PEP, com o intuito de abranger os objetivos deste trabalho.

4.1 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO: JUÍZES

Na validação de conteúdo, aplicando o IVC, resultou a distribuição dos itens segundo as dimensões e a indicação de exclusão dos itens pelos juízes, chegando-se ao número final dos itens que compuseram a escala (Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição dos itens segundo as dimensões e a indicação de exclusão dos itens pelos juízes, com indicação final de itens

PERGUNTAS	NÚMERO DE ITENS DO QUESTIONÁRIO INICIAL	EXCLUSÃO DE ITENS	NÚMERO DE ITENS DO QUESTIONÁRIO FINAL
Dimensões	33	09	24
Dimensão 01 – Percepção sobre o processo saúde-doença	15	4,6,9 e 15	11
Dimensão 02 – Formas de inserção do indivíduo na sociedade	09	02 e 03	07
Dimensão 03 – Processo de produção de serviços de saúde e Formas de organização dos processos de trabalho.	09	2,7 e 08	06

A escala inicialmente era composta por 33 perguntas, mas com a avaliação minuciosa dos juízes foi preciso excluir 09 questões, o que está demonstrado no quadro 06.

Quadro 6 – Distribuição dos itens por suas dimensões e a indicação de exclusão dos itens pelos juízes

DIMENSÃO 01 – PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA		
ITENS	ACEITE	EXCLUSÃO
1. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento?	X	
2. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento conforme a dose prescrita?	X	
3. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento nos horários estabelecidos?	X	
4. Alguma vez, quando saiu de casa, esqueceu de tomar o medicamento?		X

(continua)

(continuação)

DIMENSÃO 01 – PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA		
ITENS	ACEITE	EXCLUSÃO
5. Alguma vez você sentiu dificuldade para lembrar de tomar o medicamento?	X	
6. Alguma vez, nas últimas duas semanas, você esqueceu de tomar o medicamento?		X
7. Alguma vez você parou o medicamento sem avisar os profissionais de saúde que te atenderam?	X	
8. Alguma vez você se sentiu mal e deixou de tomar o medicamento?	X	
9. Alguma vez você sentiu incomodado e não tomou o medicamento?		X
10. Alguma vez você teve curiosidade de saber os meios de transmissão do HIV?	X	
11. Alguma vez você procurou saber as formas de prevenção ao HIV?	X	
12. Alguma vez você fez sexo seguro?	X	
13. Alguma vez você teve múltiplos parceiros sexuais?	X	
14. Você tem relações sexuais com parceiros conhecidos?	X	
15. Você contou alguma vez para seus familiares sobre o tratamento?		X

DIMENSÃO 02 – FORMAS DE INSERÇÃO DO INDIVÍDUO NA SOCIEDADE		
ITENS	ACEITE	EXCLUSÃO
1. Alguma vez a equipe esteve atenta às suas necessidades?	X	
2. Alguma vez a equipe de saúde teve preocupação com você?		X
3. Alguma vez a equipe de saúde ofereceu apoio espiritual?		X
4. Alguma vez os profissionais que te atenderam, passaram confiança?	X	
5. Alguma vez você se sentiu confortável para falar sobre seus sentimentos com a equipe?	X	
6. Alguma vez seus amigos mostraram preconceito?	X	
7. Alguma vez seus familiares demonstraram entender o tratamento?	X	
8. Alguma vez seus colegas de trabalho mostraram preconceito sobre o tratamento?	X	
9. Alguma vez você não teve acesso ao preservativo?	X	

DIMENSÃO 03 – PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO		
ITENS	ACEITE	EXCLUSÃO
1. Alguma vez você recebeu orientações sobre o tratamento?	X	
2. Você teve um profissional que te auxiliou no atendimento?		X
3. Você teve profissionais disponíveis para te ajudar em algum momento do atendimento?	X	
4. Recebeu apoio do serviço de saúde para o tratamento?	X	

(continua)

(continuação)

DIMENSÃO 03 – PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO		
ITENS	ACEITE	EXCLUSÃO
5. Se sentiu acolhido para fazer o tratamento?	X	
6. Você se sentiu seguro com as orientações passadas?	X	
7. Constatou que estava sendo atendido por pessoas competentes?		X
8. Recebeu orientações sobre o tempo de tratamento?		X
9. Recebeu orientações sobre não esquecer de tomar o medicamento?	X	

(conclusão)

A escala proposta teve 231 respostas, sendo que destas, 202 respostas receberam a avaliação 03 e 04 (concordo parcialmente e concordo totalmente, respectivamente). Para a avaliação destes dados, foi utilizada a fórmula de IVC, encontrando-se 0,87, considerado com um bom índice de validade.

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas 03 e 04}}{\text{número total de respostas}} \quad \text{IVC} = \frac{202}{231} \quad \text{IVC} = 0,87$$

Após esta etapa, foi realizado o cálculo do desvio padrão e do valor médio dos itens que cada juiz apresentou (Quadro 7). Na sequência, foi realizada a correlação de Pearson intra-juízes (Quadro 8). A correlação foi capaz de mostrar que dois ou mais juízes atribuíram exatamente a mesma classificação nos itens da escala. Neste sentido, após a análise estatística da correlação, pôde-se observar uma não correlação entre os juízes e que o valor p também não teve valor estatisticamente significativo entre os juízes. Mesmo a avaliação intra-juízes mostrando uma não correlação, o valor médio das respostas dos juízes foi 3,42, considerado aceitável.

Quadro 7 – Valor médio dos itens e desvio padrão por juiz na escala de avaliação da adesão à PEP sexual

JUÍZES	VALOR	DESVIO PADRÃO
J1	3,6667	0,48154
J2	3,0833	0,77553
J3	3,2917	0,75060
J4	3,2917	1,12208
J5	3,8333	0,38069
J6	3,2083	0,65801

J7	3,5833	0,65386
----	--------	---------

Quadro 8 – Correlação de Pearson intra-juízes na escala de avaliação da adesão à PEP sexual

		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
J1	Correlação	1	-0,155	0,160	-0,054	-0,079	0,366	0,092
	Valor <i>p</i>		0,469	0,454	0,803	0,713	0,079	0,669
J2	Correlação	-0,155	1	0,106	-0,129	-0,098	-0,036	0,071
	Valor <i>p</i>	0,469		0,623	0,548	0,648	0,869	0,740
J3	Correlação	0,160	0,106	1	-0,312	0,330	0,048	-0,185
	Valor <i>p</i>	0,454	0,623		0,138	0,116	0,825	0,388
J4	Correlação	-0,054	-0,129	-0,312	1	-0,187	-0,145	-0,183
	Valor <i>p</i>	0,803	0,548	0,138		0,383	0,500	0,393
J5	Correlação	-0,079	-0,098	0,330	-0,187	1	0,145	-0,291
	Valor <i>p</i>	0,713	0,648	0,116	0,383		0,500	0,168
J6	Correlação	0,366	-0,036	0,048	-0,145	0,145	1	0,312
	Valor <i>p</i>	0,079	0,869	0,825	0,500	0,500		,138
J7	Correlação	0,092	0,071	-0,185	-0,183	-0,291	0,312	1
	Valor <i>p</i>	0,669	0,740	0,388	0,393	0,168	0,138	

A validade de conteúdo da escala foi considerada adequada, tendo em vista o processo de seleção dos seus itens e a criteriosa avaliação com sugestões para aperfeiçoá-la, assegurando que os itens do instrumento estejam adequados para medir o que se propõem.

4.2 VALIDAÇÃO APARENTE (FACE): POPULAÇÃO LEIGA

Na validade aparente pôde-se perceber que da população abordada, consistente de dez pessoas ditas “leigas”, 100% dos participantes concordaram com a escala proposta, e afirmaram que a escala mede o que se propõem, mede o que parece medir, a técnica de medição está correta, a linguagem empregada está adequada e a forma que o conteúdo é apresentado está correto.

Nesta análise, três (30%) participantes tiveram dúvidas das siglas em uma única questão, a qual foi reescrita, porém mantida, visto que foi uma questão proposta pelos juízes.

4.3 VALIDADE DE CONSTRUCTO: USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE INDICADOS PARA PEP

Tendo aplicado a escala – versão 02, procedeu-se à análise fatorial exploratória (AFE). Utilizou-se na sintaxe, a rotação varimax do programa SPSS, que é um método de rotação ortogonal que maximiza as cargas fatoriais dentro de um fator, que examina muitas variáveis que podem ser resumidas em um conjunto menor de fatores, sem perda substancial da informação (FIELD, 2009).

Durante o processo de análise de dados, o *software*, propôs uma análise não forçada de 08 componentes, descrita no quadro 9:

Quadro 9 – Distribuição dos itens (questões) da escala segundo 8 domínios propostos pela análise estatística

QUESTÕES	DOMÍNIOS							
	01	02	03	04	05	06	07	08
Q4	.980	.012	-.160	.024	.028	.084	-.027	.056
Q1	.980	.012	-.160	.024	.028	.084	-.027	.056
Q5	.980	.012	-.160	.024	.028	.084	-.027	.056
Q2	.950	.019	-.232	-.126	.037	.085	-.012	.067
Q6	.950	.019	-.232	-.126	.037	.085	-.012	.067
Q3	.935	-.139	-.184	.014	.033	.098	-.007	-.220
Q12	-.038	.985	.040	.007	-.004	-.009	-.015	-.013
Q20	-.038	.985	.040	.007	-.004	-.009	-.015	-.013
Q19	-.038	.985	.040	.007	-.004	-.009	-.015	-.013
Q21	.070	.799	.065	.029	-.008	-.027	-.179	.026
Q13	.242	-.044	-.878	.022	-.071	.056	-.102	.296
Q15	-.249	.044	.869	.119	.060	.180	.139	.051
Q10	.311	-.124	-.840	.002	-.003	-.055	.175	-.240
Q18	-.405	.059	.824	.164	-.064	-.083	.035	.098
Q17	.058	.003	.175	.946	-.006	-.026	.078	-.018
Q16	-.035	.004	.135	.933	-.011	.024	-.057	.003
Q7	.227	-.072	.332	-.595	-.080	.051	-.329	-.064
Q24	.054	-.013	.023	.013	.992	-.020	-.015	-.008
Q23	.054	-.013	.023	.013	.992	-.020	-.015	-.008
Q14	.084	-.013	-.082	.105	-.015	.925	.000	.021
Q8	.364	-.062	.241	-.244	-.079	.723	.051	-.113
Q9	.160	-.199	.264	.133	.137	.369	.748	.112
Q11	-.291	-.189	-.092	.088	-.288	-.403	.683	-.026
Q22	.069	-.015	.050	.013	-.013	-.035	.057	.986

Como pode-se observar, não houve uma distribuição homogênea entre os 08 domínios, ficando distribuído da seguinte forma:

- a) Domínio 01: 06 itens
- b) Domínio 02: 04 itens
- c) Domínio 03: 04 itens
- d) Domínio 04: 03 itens
- e) Domínio 05: 02 itens
- f) Domínio 06: 02 itens
- g) Domínio 07: 02 itens
- h) Domínio 08: 01 item

Nota-se que os últimos 04 domínios ficaram com 02 itens e 01 item, não se caracterizando em um modelo ideal para esta quantidade de questões, pois somente 01 ou 02 itens não conseguirão medir o que se propõem neste domínio.

Neste aspecto, foi preciso informar ao *software* quantos domínios deveriam ser utilizados. Com esta necessidade, foram realizadas 03 possibilidades, com 04, 03 e 02 domínios, as quais estão descritas no quadro 10, 11 e 12 respectivamente.

Quadro 10 – Descrição da análise de dados forçada com 4 domínios

QUESTÕES	DOMÍNIOS			
	01	02	03	04
Q2	.948	.032	.198	-.134
Q6	.948	.032	.198	-.134
Q4	.939	.038	.282	-.010
Q1	.939	.038	.282	-.010
Q5	.939	.038	.282	-.010
Q3	.910	-.120	.247	-.038
Q18	-.762	.103	.454	.090
Q10	.661	-.202	-.545	.129
Q13	.643	-.079	-.557	.109
Q12	-.052	.971	-.039	.025
Q20	-.052	.971	-.039	.025
Q19	-.052	.971	-.039	.025
Q21	.034	.823	.014	-.004
Q15	-.621	.071	.692	.028

(continua)

(continuação)

QUESTÕES	DOMÍNIOS			
	01	02	03	04
Q8	.265	-.071	.579	-.388
Q9	.027	-.306	.542	.239
Q14	.201	-.042	.393	-.034
Q11	-.287	-.310	-.360	.318
Q23	.080	.010	.281	.078
Q24	.080	.010	.281	.078
Q17	-.047	.028	.287	.883
Q16	-.099	.045	.235	.838
Q7	.053	.000	.225	-.717
Q22	.039	-.009	.104	.105

(conclusão)

No quadro 10, foi informado ao *software* um número “ideal” de domínios, o qual ficou distribuído da seguinte maneira:

- a) Domínio 01: 09 itens
- b) Domínio 02: 04 itens
- c) Domínio 03: 07 itens
- d) Domínio 04: 04 itens

Nesta distribuição de 04 domínios pode-se observar uma composição de itens mais homogênea.

No quadro 11, é apresentada a análise forçada dos itens propondo ao *software* a distribuição dos itens em 03 domínios, as quais estão descritas a seguir:

Quadro 11 – Descrição da análise de dados forçada com 3 domínios

QUESTÕES	DOMÍNIOS		
	01	02	03
Q4	.895	.389	.012
Q1	.895	.389	.012
Q5	.895	.389	.012
Q2	.858	.471	.017
Q6	.858	.471	.017
Q3	.847	.405	-.142

(continua)

(continuação)

QUESTÕES	DOMÍNIOS		
	01	02	03
Q8	.604	-.229	-.083
Q11	-.488	.070	-.304
Q14	.408	-.164	-.063
Q7	.242	-.067	.026
Q23	.237	-.170	-.010
Q24	.237	-.170	-.010
Q22	.088	-.063	-.020
Q15	-.021	-.930	.041
Q18	-.285	-.847	.083
Q10	.129	.833	-.188
Q13	.114	.828	-.063
Q9	.341	-.406	-.347
Q17	.083	-.335	-.034
Q16	.013	-.325	-.011
Q12	-.029	-.043	.969
Q20	-.029	-.043	.969
Q19	-.029	-.043	.969
Q21	.067	-.019	.820

(conclusão)

A distribuição forçada dos itens em 03 domínios fez com que o primeiro ficasse com muitos itens e os demais com poucos, não havendo uma homogeneidade neste tipo de distribuição.

No quadro 12, está descrita a distribuição forçada com 02 domínios, o qual se apresenta com uma composição de itens sem homogeneidade.

Quadro 12 – Descrição da análise de dados forçada com 02 domínios

QUESTÕES	DOMÍNIOS	
	01	02
Q2	.969	.050
Q6	.969	.050
Q4	.951	.059
Q1	.951	.059
Q5	.951	.059

(continua)

(continuação)

QUESTÕES	DOMÍNIOS	
	01	02
Q3	.923	-.101
Q18	-.733	.156
Q10	.601	-.274
Q13	.585	-.152
Q15	-.570	.153
Q8	.350	.010
Q14	.231	.001
Q16	-.182	.030
Q7	.155	.060
Q17	-.132	.016
Q23	.090	.036
Q24	.090	.036
Q22	.033	-.003
Q12	-.060	.958
Q20	-.060	.958
Q19	-.060	.958
Q21	.033	.818
Q11	-.347	-.360
Q9	.037	-.256

(conclusão)

Nesta distribuição, o domínio 01 ficou com 18 itens e o domínio 02 com 06 itens, não sendo uma distribuição ideal, uma vez que os itens de cada domínio medem mais de uma característica.

Após a realização dos testes, a melhor distribuição dos itens foi a de 04 componentes, a qual ficou da seguinte forma:

Dimensão 01: Percepção sobre a profilaxia;

Dimensão 02: Orientação oferecida pelo serviço de saúde;

Dimensão 03: Acesso a informação;

Dimensão 04: Acolhimento no serviço de saúde.

Após esta análise, fez-se alfa de Cronbach, que mostrou valor de 0,813. Com este valor, pode-se observar que o *software* sugere que 03 questões sejam retiradas, para que o valor do alfa aumente, sendo descrito no quadro 13.

Quadro 13 – Itens que podem ser excluídos de acordo com o alfa de Cronbach

QUESTÕES	SUGESTÃO DE EXCLUSÃO PELO ALFA DE CRONBACH
Q1	.757
Q2	.760
Q3	.764
Q4	.757
Q5	.757
Q6	.760
Q7	.814
Q8	.810
Q9	.813
Q10	.805
Q11	.826
Q12	.815
Q13	.811
Q14	.811
Q15	.851
Q16	.816
Q17	.815
Q18	.835
Q19	.815
Q20	.815
Q21	.815
Q22	.814
Q23	.814
Q24	.814

Analisando as questões que a estatística sugere que sejam retiradas da escala, percebe-se que estas são questões importantes as quais poderiam fragilizar a escala, sendo assim, a pesquisadora optou pela não exclusão dos itens.

Após a determinação das dimensões, foi possível agrupar as questões de acordo com a AFE, a qual se estabeleceu da seguinte forma:

Quadro 14 – Distribuição dos itens da escala de acordo com as dimensões propostas pela análise estatística

DIMENSÃO	ITENS
1. Percepção sobre a profilaxia	02, 06, 04, 01, 05, 03, 18, 10 e 13
2. Orientação oferecida pelo serviço de saúde	12, 20, 19 e 21
3. Acesso à informação	15, 08, 09, 14, 11, 23 e 24
4. Acolhimento no serviço de saúde	17, 16, 07 e 22

Fonte: a autora, 2018.

Observou-se que o instrumento possui fragilidades referentes à escala Likert, pois muitos usuários tendenciaram para respostas binárias, não sendo necessária uma escala Likert, que é mais sensível na avaliação.

Devido a especificidade do tema estudado e a busca no aprofundamento em querer saber mais sobre a problemática, optou-se por adaptar a escala realizada de início, e por continuar com a escala tipo Likert, porém foi preciso alterar a graduação da escala, mas mantendo ainda 05 pontos de avaliação, propondo-se uma melhoria na escala o que implica uma nova validação de constructo, a qual será realizada em conjunto com outros pesquisadores.

Após o agrupamento final das questões nas dimensões foi possível realizar a remodelagem do instrumento (APENDICE IX), para que ele seja um instrumento que não houvesse tendência das respostas dos indivíduos de acordo com os assuntos de cada dimensão.

Foi realizada a escolha de uma nova graduação da escala Likert – mudando a possibilidade de respostas - com os seguintes itens de avaliação: nunca, raramente, às vezes, repetidamente e sempre. A escolha por esta graduação se deu devido à melhor aplicabilidade desta graduação ao tema e à facilidade de entendimento (FLECK Et al, 1999; FLECK Et al, 2008).

A estruturação da escala mantém uma sequência que não induz o usuário em suas respostas sobre os temas (domínios) questionados, os itens foram alocados de uma forma que reduz o esforço físico e mental dos usuários e assegure que todos os itens sejam tratados com o mesmo interesse durante todo o tempo (GÜNTHER, 2003).

Para isso, foi realizado o agrupamento das questões de forma aleatória por meio de um sorteio, o que pode ser visualizado abaixo (Quadro 15).

Quadro 15 – Escala de avaliação da adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV (Versão 3)

ITENS	01	02	03	04	05
	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento conforme a dose prescrita?					
2. Alguma vez a equipe de saúde esteve atenta às suas necessidades?					
3. Alguma vez seus amigos mostraram preconceito diante do seu problema de saúde?					
4. Alguma vez seus colegas de trabalho mostraram preconceito sobre o seu tratamento?					
5. Alguma vez você se sentiu mal e deixou de tomar o medicamento?					
6. Você teve profissionais disponíveis para te ajudar em algum momento do atendimento?					
7. Alguma vez você procurou saber sobre as formas de prevenção do HIV?					
8. Alguma vez seus familiares compreenderam o seu tratamento?					
9. Alguma vez você sentiu dificuldade para lembrar de tomar o medicamento?					
10. Alguma vez você recebeu orientação sobre o seu tratamento?					
11. Alguma vez você fez sexo com preservativo?					
12. Você sabe como o HIV é transmitido?					
13. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento?					
14. Você recebeu apoio do serviço de saúde para o seu tratamento?					
15. Alguma vez você se sentiu confortável para falar sobre seus sentimentos com a equipe de saúde?					
16. Se sentiu acolhido para fazer o tratamento?					

(continua)

(continuação)

ITENS	01	02	03	04	05
	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
17. Alguma vez você deixou de tomar o medicamento sem avisar os profissionais de saúde que te atenderam?					
18. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento nos horários indicados?					
19. Você tem relações sexuais com parceiros conhecidos?					
20. Alguma vez você não teve acesso à prevenção combinada (aconselhamento; TcP; PrEP e PEP)?					
21. Você se sentiu seguro com as orientações passadas pelos profissionais de saúde?					
22. Recebeu orientações sobre não esquecer de tomar o medicamento?					
23. Alguma vez você teve múltiplos (vários) parceiros sexuais?					
24. Alguma vez você não sentiu confiança dos profissionais de saúde que te atenderam?					

(conclusão)

No que se refere aos exames realizados no COA nos meses de setembro a novembro de 2017, houve uma média 845 atendimentos, sendo realizados testes rápidos para HIV, sífilis, Hepatite B e C. Desta média, 688 exames foram somente de teste rápido de HIV, com uma média de 51 usuários com indicação de uso da PEP.

Segue o resultado obtido na resposta ao questionário “Escala de avaliação da adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV” com os 108 usuários do COA.

A maioria era do sexo masculino (n = 91 – 84,36%), de orientação heterossexual (n = 53 – 49,07%) seguido de homossexual (n = 35 – 32,40%), com idade concentrada na faixa etária dos 20 – 29 anos (n=57 - 52,77%), raça/cor branca (n = 68 – 52,96%). A escolaridade referida pela maioria dos entrevistados foi de 12 anos ou mais (n=57 - 52,77%) e com uma renda média familiar de R\$2.674,00 (37,96%). Esta descrição pode ser verificada na tabela 1.

Tabela 1 – Descrição dos usuários entrevistados no COA durante o período de coleta de dados. Curitiba, Paraná, 2018.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Faixa Etária		
16-19	07	6.48
20-29	57	52.77
30-39	29	26.85
40-49	13	12.03
50 anos ou mais	02	1.85
Sexo		
Feminino	17	15,74
Masculino	91	84,36
Orientação sexual		
Homossexual	35	32.40
Bissexual	16	14.81
Heterossexual	53	49.07
Travestis	02	1.85
Transexuais	02	1.85
Raça		
Branco	68	62.96
Amarelo	6	5.55
Pardo	24	22.22
Indígena	01	0.92
Preto	09	8.33
Classificação econômica ABEP		
A	03	2.77
B1	15	13.88
B2	26	24.07
C1	41	37.96
C2	16	14.81
D-E	07	6.47
Escolaridade		
04 a 07 anos	03	2.77
08 a 11 anos	48	44.44
12 anos ou mais	57	52.77
Estado civil		
Casado	06	5.55
Solteiro	88	81.48
União Estável	08	7.40
Viúvo	01	0.92
Separado	05	4.62

Fonte: a autora, 2018.

Dos 108 usuários, 07 (6,50%) deles relataram já terem utilizado a PEP anteriormente e estes informaram que não tiveram nenhum problema com o tratamento de curta duração; 52% dos usuários participantes ficaram sabendo da PEP em conversa com amigos em momentos de conversas sobre o assunto; 25% dos usuários ficaram sabendo da PEP ao procurarem o serviço na internet e 2,5% dos usuários procuraram uma unidade de saúde e foram encaminhados ao COA; 4% dos usuários já tinha visto em propagandas no ônibus – cartaz – sobre a PEP.

Do total de usuários, 12 (11,11%) relataram eventos adversos ao medicamento, interpretados como prurido, *rash* cutâneo e icterícia ocular, sendo que um usuário disse ter tido reação significativa, sendo necessário a troca do medicamento e a associação de medicações para minimizar essas reações já desencadeadas.

Em relação à toxicidade que o medicamento pode desenvolver, um usuário apresentou alterações renais e hepáticas, sendo que este foi encaminhado para coleta de outros exames laboratoriais e consulta médica.

Sobre a administração do medicamento, 24 (22,22%) usuários referiram algum contratempo, no sentido de não ter um local privativo para ingestão, sem que ele se sentisse amedrontado com a possibilidade de que alguém visse o antirretroviral. No momento da abordagem inicial foi explicada a importância da continuidade do tratamento.

Dos 108 usuários abordados nesta pesquisa, 67 (62,04%) retornaram para a reconsulta dos 30 dias e finalizaram o tratamento, sendo então agendada a última consulta para os 90 dias.

Após a avaliação de todos os usuários, seguiu-se com a realização de testes de avaliação de possíveis associações entre variáveis, considerando a adesão e não adesão segundo sexo, orientação sexual, faixa etária e escolaridade (Tabela 2)

Tabela 2 – Resultados dos testes de associação entre as variáveis sexo, orientação sexual, faixa etária e escolaridade, considerando adesão e não adesão. Curitiba, Paraná, 2018.

VARIÁVEIS			TOTAL	TESTE	RESULTADOS
Sexo					
				TESTE QUI-QUADRADO	
Adesão	Fem	Mas		Tabela de Contingência =	2 x 2
Aderiam	6	61	67	Qui-Quadrado =	6,127
Não aderiam	11	30	41	Graus de liberdade =	1
Total	17	91	108	(p) =	0,0133
				Correção de Yates =	4,853
				(p) =	0,0276

(continua)
(continuação)

VARIÁVEIS		TOTAL	TESTE	RESULTADOS
Orientação sexual x Adesão				
Orientação sexual	Adesão		TESTE G	
	Aderiram	Não aderiram		
			Tabela de contingência =	4 x 2
Heterossexual	33	19	52	Soma das categorias = 108
Homossexual	21	15	36	Graus de liberdade = 3
Bissexual	11	5	16	Teste-G = 0,8056
Trans/travesti	2	2	4	(p) = 0,8481
Total	67	41	108	Teste-G (Williams) = 0,7577
			(p) =	0,8595
Faixa etária x Adesão				
Faixa etária	Adesão		TESTE G	
	Aderiram	Não aderiram		
			Tabela de contingência =	4 x 2
16-19	2	5	7	Soma das categorias = 108
20-29	34	23	57	Graus de liberdade = 3
30-39	21	8	29	Teste-G = 48,827
40 ou mais	10	5	15	(p) = 0,1806
Total	67	41	108	Teste-G (Williams) = 46,702
			(p) =	0,1976
Escolaridade x Adesão				
Escolaridade	Adesão		TESTE G	
	Aderiram	Não aderiram		
			Tabela de contingência =	3 x 2
4 a 7 anos	1	3	4	Soma das categorias = 108
8 a 11 anos	29	19	48	Graus de liberdade = 2
12 anos ou mais	37	19	56	Teste-G = 27,137
	67	41	108	(p) = 0,2575
			Teste-G (Williams) =	2,523
			(p) =	0,2832

(conclusão)

Com base nestes resultados dos testes estatísticos, pode-se dizer que existe correlação do sexo na adesão ao tratamento. Nos homens é maior a porcentagem de adesão, significativamente maior se comparada às mulheres. O teste mostra que não existe correlação entre a orientação sexual e a porcentagem de adesão ao tratamento, onde as porcentagens se mostram homogêneas na distribuição entre os grupos. Da mesma forma, não existe correlação entre a faixa etária e a porcentagem de adesão ao tratamento. Também não existe correlação entre a escolaridade e a porcentagem de adesão ao tratamento da PEP e o medo da descoberta por um familiar e a falta de uma agenda de atendimento dos profissionais para o retorno.

E como facilitadores da adesão, educação em saúde com foco nas orientações sobre os efeitos adversos do medicamento, auxilia os pacientes quanto a dosagem e horários, na promoção de meios para que o paciente tenha contato com os profissionais de saúde que o atendeu no primeiro contato e oportuniza o retorno com oferta de apoio psicológico.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Com base nos resultados, a discussão foi realizada em duas perspectivas: da validação da escala de avaliação à adesão à PEP sexual e da adesão propriamente dos usuários quando se aplicou o questionário.

O IVC resultante da avaliação crítica dos experts foi de 0,87, sendo considerado um bom índice de validade, confirmando que o instrumento tem potência para medir o que se propõe, no caso, a adesão à PEP. Algumas sugestões permitiram adequação da escala, mesmo sabendo que são reconhecidas limitações quanto a subjetividade envolvida no processo de avaliação pelos experts.

Neste caso de validação de conteúdo, esta etapa é de extrema importância, mas também não se pode deixar de considerar a execução de outras medidas psicométricas, como a validação aparente e de constructo, etapas que foram realizadas e serão discutidas a seguir (ALEXANDRE, COLUCI, 2011; LACERDA, MAGALHÃES, REZENDE, 2007; SCHMITTER-EDGECOMBE, PARSEY, LAMB, 2014).

O IVC consegue medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos da escala. Este índice serviu como critério de tomada de decisão à permanência ou à exclusão de itens conforme a experiência dos juízes.

Em um artigo sobre adesão ao tratamento ao paciente renal crônico, o instrumento proposto obteve um IVC de 0,96. Este alto valor, mostra que os itens descritos neste instrumento são relevantes para abordar a temática da adesão a esta população estudada (LINS, LEITE, GODOY, FULY, ARAÚJO, SILVA, 2017).

Outro estudo de validação de instrumento de medida, apontou um IVC de 93%, mostrando um excelente índice para o instrumento proposto (PEDREIRA, ROCHA, SANTOS, VASCONCELOS, REIS, 2016). A avaliação crítica dos juízes permite o aprimoramento dos instrumentos de avaliação, possibilitando o uso de instrumentos válidos pelos profissionais de saúde para o auxílio da tomada de decisão clínica, permitindo a melhoria da assistência em saúde. Reconhece-se, no presente estudo, que o instrumento ora proposto merece ser explorado em estudos futuros.

Quanto à validação de face, alguns autores afirmam que esta etapa seria uma parte da validação de conteúdo (BÖLENIUS, BRULIN, GRANKVIST, LINDKVIST, SÖDERBERG, 2012), porém outros estabelecem que a validação de face é realizada pelos indivíduos estudados e que esta população consegue avaliar se o instrumento mede ou não o que se propõe (SANGOSANI, HELLMAN, HILL, 2013).

A validade de face em alguns aspectos é considerada “muito casual” e alguns pesquisadores não consideram esta etapa como uma medida de validade (ENGEL, SCHUTT, MEASUREMENT, 2013), no entanto, é uma forma de validação presente em alguns protocolos e muito utilizada em países em desenvolvimento (SANGOSENI, HELLMAN, HILL, 2013). Neste estudo, considerou-se a validação de face como uma etapa importante uma vez que foi realizada com a população foco da atenção, população em geral. A validação de face fornece uma orientação de como será a abordagem e forma de como a população pode reagir aos questionamentos sobre o tema de estudo.

No presente estudo, no que tange a avaliação de face, encontrou-se um valor de 100% conforme amostragem indicada. Em um estudo, foram realizadas duas abordagens durante a avaliação; na primeira, a avaliação foi favorável com um valor de 80%, já na segunda rodada de avaliação, o valor foi de 100% (BORDIGNON, MONTEIRO, 2015), parecendo indicar que o presente instrumento obteve validade de face.

Quanto à validação de constructo realizada pela análise fatorial, no presente estudo foi possível somente a análise fatorial exploratória. Após a ampla procura sobre construção de escala de medida de adesão à PEP, constatou-se que não há material publicado na área até o momento, com as etapas de construção e validação de escalas de medida associadas à PEP no sexo consentido. O que há publicado em diversos países, sem o uso de instrumentos validados são artigos sobre a adesão à PEP em caso de violência sexual e acidente com material biológico, bem como revisão sistemática e outros que avaliam os fatores relacionados à adesão e características do comportamento de adesão.

O presente estudo realizou a avaliação da adesão à PEP sexual mediante a aplicação de um instrumento. Esta avaliação foi realizada somente com usuários que procuravam o COA, sendo que os demais atendimentos oferecidos pela cidade de Curitiba – Pronto Atendimento do Hospital Osvaldo Cruz – não foram contabilizados, pois lá há atendimento em horário de contraturno ao COA.

Neste sentido, há apenas um instrumento específico que avalia a PEP, na avaliação ocupacional. Este artigo oportunizou a avaliação no âmbito dos profissionais da saúde, porém apresenta limitações, porque o instrumento não foi aplicado com os usuários (profissionais de saúde que tiveram exposição), mas somente com experts, não apresentando as etapas necessárias para comparação entre as pesquisas (JANSEN, MARZIALE, SANTOS, DANTAS, KO, 2015).

Os outros dois artigos que pesquisaram adesão na área do HIV, foram relacionados ao tratamento antirretroviral ao HIV/aids, não podendo realizar a comparação, pois o foco de atenção é diferente nos dois artigos (KNOBEL, ALONSO, CASADO, COLLAZOS, GONZÁLEZ, RUIZ Et al, 2002; REMOR, MILNER-MOSKOVICS, PREUSSLER, 2007).

Os dados deste apontaram um alfa de Cronbach de 0,813, valor muito próximo de outros estudos de avaliação da adesão. Considerando que não foram encontrados artigos que tratam especificamente da adesão à PEP, comparou-se com outros instrumentos de medida de adesão para apoiar a discussão quanto a sua validação.

Em outro estudo, como um questionário de avaliação da adesão terapêutica em hipertensão arterial, o alfa foi de 0,79 (MATTA, 2010), sendo um valor de alfa aceito. Outro artigo que corrobora com um valor próximo ao encontrado neste artigo é a avaliação de adesão ao medicamento, utilizando o questionário de avaliação de Morisky-Green, apresentando um alfa de 0,83 (MORISKY, ANG, KROUSEL-WOOD, WARD, 2008).

Uma pesquisa que fez a validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral, utilizando o questionário de Morisky-Green, apresentou um alfa de Cronbach de 0,51, não sendo considerado um valor satisfatório (CARVALHO, DANTAS, PELEGRINO, CORBI, 2010), divergindo do valor encontrado nesta pesquisa.

A análise da confiabilidade da versão brasileira da *Self-efficacy for Appropriate Medication Adherence Scale* foi de 0,92, sendo um valor satisfatório na avaliação de adesão medicamentosa (PEDROSA, RODRIGUES, 2016). Outro estudo, realizado em 2014, trabalhou uma escala de avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, com base na Teoria da Resposta ao Item e teve um alfa de Cronbach de 0,81 (RODRIGUES, MOREIRA, ANDRADE, 2014), sendo os dois artigos com um valor satisfatório de confiabilidade.

Estudos internacionais apontam dados parecidos com a confiabilidade do estudo de adesão à PEP proposto. Um estudo de escala de validação de adesão ao tratamento de mulheres com câncer de mama e câncer cervical, foi de 0,82 do alfa de Cronbach (LESSA, RIBEIRO, AQUINO, PINHEIRO, 2015). Outra escala, a de validação de Morisky de 08 itens: escala de Adesão em Doença Crônica de Pacientes ambulatoriais na área rural da Grécia, apresentou um alfa de 0,75 (PLAKAS, MASTROGIANNIS, MANTZOROU, ADAMAKIDOU, FOUKA, BOUZIO Et al, 2016).

Na Espanha, uma pesquisa sobre a validação de escala de adesão ao tratamento profilático à hemofilia, mostrou um coeficiente de 0,82, caracterizando-se em satisfatório à avaliação que se propõe (CUESTA-BARRIUSO, TORRES-ORTUÑO, GALINDO-PIÑANA, NIETO-MUNUERA, DUNCAN, LOPEZ-PINA, 2017).

Alguns estudos, como um realizado na população árabe sobre a adesão medicamentosa foi de 0,81, sendo satisfatório quanto a sua confiabilidade (ALSOUS, ALHALAIQA, FARHA, ABDEL, MCELNAY, HORNE, 2017). Outro estudo, com adesão ao paciente renal crônico, o alfa foi de 0,57, com uma consistência interna moderada (LINS, LEITE, GODOY, FULY, ARAÚJO, SILVA, 2017), sendo necessária algumas cautelas em sua aplicação.

Uma pesquisa Malaia sobre adesão ao tratamento à hipertensão apresentou um alfa de 0,64, sendo considerado substancial (CHEONG, TONG, SAZLINA, 2015). Outro estudo realizado na Cingapura, com adesão de pacientes com DM tipo 02, foi de 0,62, tendo uma confiabilidade substancial (WANG, LEE, TOH, TANG, KO, 2012).

Por fim, outros dois estudos, um francês, sobre adesão em pacientes com esquizofrenia em situação de rua, o alfa foi de 0,72, tendo uma confiabilidade substancial (ZEMMOUR K, TILAND A, BOUCEKINE M, GIRARD V, LOUBIERE S, RESSEGUIER N, Et al, 2016) e um estudo chinês com a Escala de Morisky aplicado em pacientes com epilepsia, mostrou um alfa de 0,55, sendo considerado uma confiabilidade moderada (YANG Et al, 2014).

Portanto, o presente trabalho propôs a construção e a validação de uma escala de avaliação à PEP sexual e foram realizadas as etapas de validações, considerado que houve traços de validação, para analisar se a escala mede aquilo que se propõe, oferecendo relevância à pesquisa. O coeficiente alfa de Cronbach que é uma medida de confiabilidade, mostrou que o alfa deste instrumento é adequado e relevante quando comparado aos demais instrumentos de avaliação da adesão.

No que se refere a análise sobre a adesão à PEP sexual, do total de 108 usuários avaliados, 62,04% finalizaram os 28 dias de tratamento medicamentoso. Analisando os dados referentes à adesão da OMS, nossa taxa foi acima dos dados apresentados por esta organização. Neste sentido, a OMS relata que a adesão depende de alguns fatores, como o tempo de início da profilaxia, nível de risco de exposição e a possível resistência aos medicamentos (WHO, 2014).

A adesão neste estudo foi condizente (62,04%) com outras taxas de adesão à PEP verificadas na literatura (OLDENBURG, BARNIGHAUSEN, HARLING, MIMIAGA, MAYER, 2014; FORD, IRVINE, SHUBBER, BAGGALEY, BEANLAND, VITORIA M, ET AL, 2014; GULHOLM, JAMANI, POYNTEN, TEMPLETON, 2013; JAIN, OLDENBURG, MIMIAGA, MAYER, 2015; MCDOUGAL, ALEXANDER, DHANIREDDY, HARRINGTON, STEKLER, 2014).

Outro fator importante e que deve ser considerado é o fato de que a pesquisadora realizou uma intervenção no local de pesquisa, visto que havia a busca ativa dos usuários, o que pode ter auxiliado e incentivado na adesão destes à PEP sexual.

Os dados do perfil dos usuários mostraram que a maioria era do sexo masculino (84,36%), de orientação heterossexual (49,07%), na faixa etária dos 20 – 29 anos (52,77%), raça/cor branca (52,96%) e com escolaridade referida em sua maioria de 12 anos ou mais (52,77%).

Um estudo de adesão ao tratamento ao HIV no Brasil mostrou dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, sendo que 56% dos pacientes eram homens, 37% solteiros, com idade média de 45 anos, 58,7% referindo cor/raça branca, 82,6% de orientação heterossexual e 45% com Ensino Médio e uma adesão medicamentosa de 80% (MIYADA, GARBIN, GATTO, GABIN, 2017).

Outra pesquisa com PVHIV, realizada também no Brasil, mostrou que de 216 pacientes, 65,2% eram do sexo masculino, média de idade de 37,8 anos, 68% eram solteiros, 65,3% referiram ter mais de 08 anos de estudo e 56,9% estavam empregados; 64% se declararam heterossexuais, com uma adesão medicamentosa de 75% (SILVA, DOURADO, BRITO, SILVA, 2015).

Uma pesquisa de avaliação da adesão à PEP sexual realizada nos Estados Unidos mostrou um perfil de pacientes do sexo masculino (92%), com formação universitária (49%), com idade média de 34 anos, com uma adesão de 70% (THOMAS, GALANAKIS, VÉZINA, LONGPRÉ, BOISSONNAUT HUCHET Et al, 2015), dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Pesquisadores belgas apontaram, em seu estudo, que dos pacientes estudados por 05 anos que utilizaram a PEP sexual, 74,5% da população estudada era do sexo masculino, com orientação sexual homossexual em 49% dos casos com adesão ao PEP de 66,4% (MALINVERNI, GENNOTTE, SCHUSTER, DE WIT, MOLS, LIBOIS, 2018). Estes pesquisadores tiveram valores estatisticamente significantes na relação de adesão com o sexo masculino, dados que corroboram com os encontrados neste estudo.

Verifica-se que é preocupante que as taxas de conclusão da PEP até 28 dias sejam baixas e variáveis, conforme identificação em diferentes estudos. Um estudo realizado no Reino Unido mostrou que a adesão à PEP varia historicamente de 42% a 82% (CHAIYACHATI, OGBUOJI, PRICE, SUTHAR, NEGUSSIE, BÄRNIGHAUSEN, 2014).

Um artigo avaliou 17 pesquisas, das quais a adesão geral à PEP sexual foi de 78%, porém variando de 49% a 92% em diversos países do mundo, inclusive um artigo brasileiro (OLDENBURG, BÄRNIGHAUSEN, HARLING, MIMIAGA, MAYER, 2014). Outro estudo mostrou que a adesão da população em geral que utiliza a PEP sexual foi de 56,6% (FORD N, IRVINE C, SHUBBER Z, BAGGALEY R, BEANLAND R, VITORIA M Et al., 2014), valor muito próximo do encontrado nesta pesquisa. Uma meta-análise recente avaliou a adesão à PEP, em

vários ensaios clínicos durante os últimos 10 anos e as taxas mostraram que elas variam de 48% a 88% (JAIN, MAYER, 2014).

Outro estudo publicado mostrou que dos 3547 pacientes que tiveram a PEP prescrita, 69% finalizaram o tratamento aos 28 dias (THOMAS, GALANAKIS, VÉZINA, LONGPRÉ, BOISSONNAULT, HUCHET, et al, 2015).

Três artigos que avaliaram adesão à PEP revelaram que para melhorar a eficácia da adesão, necessita-se melhorar a avaliação inicial de abordagem, sessão de aconselhamento, educação em serviço sobre adesão à PEP e realização de telefonemas de acompanhamento (ABRAHAMS, JEWKES, LOMBARD, MATHEWS, CAMPBELL, MEEL, 2010; ROLAND, NEILANDS, KRONE, COATES, FRANCES, CHESNEY Et al, 2011; BENTZ, ENEL, DUNAIS, DURANT, POIZOT-MARTIN, TOURETTE-TURGIS Et al, 2010). Destas medidas apontadas como auxiliadoras na melhoria da adesão, todas são realizadas no COA em Curitiba, sendo que o telefonema de acompanhamento era realizado exclusivamente pela pesquisadora, não sendo realizado rotineiramente.

A baixa adesão é um risco para subseqüentes utilizações da PEP, e também um risco à possibilidade de soroconversão em uma análise retrospectiva das falhas da PEP sexual (PATEL, JOHNSON, BELKNAP, CHAN, BEVERLY, BENNETT, 2004).

Sabe-se que baixos níveis de adesão à PEP podem reduzir a eficácia da intervenção além de comprometer sua relação custo-benefício, e com este estudo constatou-se uma escassez de literatura estabelecendo níveis “ideais” de adesão à PEP e, conseqüentemente, como promover a adesão de indivíduos em risco.

Sabe-se que a adesão é um fenômeno multidimensional que depende de inúmeros fatores que afetam o comportamento e a própria capacidade de continuar o tratamento. Alguns autores, citam que no Brasil com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a liberação gratuita de medicamentos nos tratamentos das doenças crônicas, os usuários tendem a seguir o tratamento, visto que não há custo direto ao usuário, facilitando a adesão (MENDES, CAMPOS, CHAVES, SILVA, FREITAS, COSTA Et al, 2014).

Estudos realizados assinalam que a adesão ao tratamento do HIV é um fenômeno complexo e multicausal, que depende de inúmeros fatores como: estigma de diagnóstico, falta de conhecimento dos profissionais sobre o tratamento medicamentoso, falta de supervisão e avaliação dos profissionais de saúde durante o tratamento, descrença do usuário no tratamento, complexidade do tratamento e eventos adversos ao medicamento (MELCHIOR, NEMES, ALENCAR, BUCHALLA, 2007).

A adesão refere-se à conduta do indivíduo no seguimento das prescrições medicamentosas e, também, como uma atividade conjunta entre equipe de saúde, família e usuário, para que os fatores correlacionados à não adesão sejam minimizados.

Autores afirmam que a adesão ao tratamento com antirretrovirais consiste em estratégias de ações educativas e incentivadoras da equipe de saúde em todos os âmbitos, seja pessoalmente ou por meio de mídias sociais, o que oportuniza a interação entre usuário e profissional (SANTOS, DRUMOND, GOMES, CORRÊA, FREITAS, 2011).

Estudos mostram que a adesão ao medicamento antirretroviral está relacionada à não percepção da gravidade da situação, bem como da possibilidade da infecção (KOURROUSKI, LIMA, 2009). Neste sentido, nota-se que o abandono ao tratamento se dá pelos fatores culturais, espirituais e de crença (BOTENE, PEDRO, 2011).

Verifica-se que o profissional de saúde – enfermeiro – envolvido no atendimento ao usuário pode desenvolver ações voltadas aos usuários, como: estratégias de aconselhamento quando houver dificuldades pelo usuário auxiliando na identificação de pontos dificultadores na relação usuário-profissional para diminuir a distância entre os envolvidos, o que possibilita a confiança e a busca ativa de todos os usuários que buscaram o atendimento à PEP. Neste sentido, autores colocam que o usuário deve ser ajudado e não culpado pelas dificuldades encontradas durante o tratamento e que essa mudança de cultura de culpabilidade, pode auxiliar na adesão (POLEJACK, SEIDL, 2010).

Foram identificados alguns fatores que dificultam a adesão, como medo dos efeitos colaterais, medo perante a efetividade do medicamento, falta de uma forma ativa de retirada de dúvidas após o início da PEP, medo de que algum familiar venha a descobrir a situação e falta de uma agenda mais ampla de atendimento dos profissionais para o retorno. Bertolozzi (2008) analisando a adesão em tuberculose enfatizou que o apoio profissional é essencial proporcionando vínculo entre usuário e o profissional da saúde, e que isso pode ajudar na adesão medicamentosa.

Foi possível, também, a visualização de fatores facilitadores da adesão, como a realização da educação em saúde dos efeitos colaterais, auxílio aos pacientes quanto a dosagem e horários, oferecimento de contato direto com os profissionais que realizaram o atendimento, prescrição de medicamentos com um menor efeito colateral, oferta de retorno conforme o protocolo, redução do tempo de atendimento e apoio psicológico.

Por fim, verifica-se que existem alguns elementos essenciais para adesão à PEP, que embora não tenham sido observados nesta pesquisa, a pesquisadora salienta a importância da qualidade do atendimento dos profissionais, a busca ativa (ligações ou mensagens) e a atuação

educativa. Esses são elementos chaves na assistência e o enfermeiro é o profissional que acolhe, escuta, avalia, orienta e encaminha às demais etapas do atendimento. Este profissional tem capacidade intelectual, técnica e científica para assistir o usuário de forma holística, alcançando os resultados esperados à PEP.

6 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

6 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Devido ao tempo disponível para aplicação do instrumento de coleta após a aprovação das instituições de pesquisa e assistência de saúde envolvidos, a amostragem para validação de construto com usuários da PEP ficou prejudicada, com valor limite à realização de uma avaliação da análise fatorial confirmatória mais consistente, ficando esta escala com indícios de validação de construto.

Como a medida inicial foi realizada com uma escala de Likert não apropriada, os usuários tenderam a respostas de forma binária (sim e não), optou-se pela adequação da escala Likert, não sendo alterado o conteúdo dos itens para evitar erros durante a aplicação instrumento e, posteriormente, na análise estatística. A partir do presente estudo, propõe-se adequações na escala de avaliação a qual passará por uma nova validação de construto.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que a escala apresentou evidências de validade de conteúdo e constructo. Constata-se que o instrumento necessita de confirmação dos resultados em uma amostra de validação e com re-especificação da análise para determinação da melhor solução fatorial global.

Trata-se de um instrumento que pode ser utilizado entre a população proposta, sendo, portanto, um instrumento padronizado, de fácil aplicação que permite uma identificação da adesão à PEP e tem potência à implementação de estratégias adequadas para tomada de decisão.

Pondera-se que não foi possível finalizar a validação de constructo, devido a amostragem reduzida no período de coleta, portanto, deverá ser realizada novamente com uma amostragem maior, para que seja feita a análise fatorial exploratória e confirmatória, oportunizando-se a validade de constructo.

Verificou-se que dados referentes à adesão à PEP neste estudo foi similar a outros estudos nacionais e internacionais à adesão medicamentosa, porém sabe-se que em muitos locais, a adesão à PEP é baixa, o que acarreta na redução da eficácia medicamentosa, aumento dos custos dos serviços em saúde e diminuição das intervenções de prevenção.

Entende-se que como não há uma diretriz com um nível mínimo de adesão à PEP, os dados acabam sendo comparados com outros artigos de adesão medicamentosa. Neste sentido, a pesquisadora constatou que há a necessidade de inclusão de resgate dos usuários, por meio de contato telefônico e que deve ocorrer maior abertura para a escuta dos usuários quanto as dúvidas à PEP.

Uma solução inicial para este problema é que os órgãos de saúde como a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde proponham o uso de escalas de avaliação de adesão à PEP.

Outra forma de implantação e avaliação é descentralizar os serviços que oferecem a PEP, proporcionando uma avaliação de risco dos indivíduos, bem como implementar terapias cognitivas-comportamentais, possibilitando uma redução de danos individual e uma melhor educação em saúde na adesão à PEP.

Entende-se que a PEP é uma intervenção que exige uma abordagem cognitiva-comportamental, afim de compreender a “teia” de fatores que influenciam a adesão à PEP, oportunizando maior proteção contra a infecção pelo HIV.

Verificou-se, também, que os pacientes que fizeram o tratamento anterior ao último protocolo da PEP, tiveram uma adesão reduzida, devido aos efeitos colaterais, porém, com a mudança de protocolo foi possível verificar uma tolerância melhor do medicamento.

A PEP é, portanto, um método bem sucedido para prevenir o HIV após exposição sexual consentida, mas o sucesso da profilaxia depende de uma tríade – paciente, profissional de saúde e mudança comportamental.

E por fim, verifica-se que objetivo desta pesquisa em construir, validar com experts, analisar a psicometria da escala e avaliar a adesão à PEP foi contemplado e pode-se dizer que esta escala tem indícios de validade mediante a psicometria.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AAKER D, KUMAR V, DAY G. **Marketing research**. John Wiley & Sons, Inc. 1995.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Medication Adherence Interventions: **comparative effectiveness**, 2012.

ALEJANDRA XA. Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomar el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura. **Rev Chilena Infectol**, v.30, p. 638-43, 2013.

ALEXANDRE NM, COLUCI MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cien Saude Colet**, v.16, n. 7, p. 3061-8, 2011.

ALSOUS M, ALHALAIQA F, ABU FARHA R, ABDEL MJ, MCELNAY J, HORNE R. Reliability and validity of Arabic translation of Medication Adherence Report Scale (MARS) and Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ)-specific for use in children and their parents. **PloS one**, v.12, n.2, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF PREVENTIVE MEDICINE (ACPM). **Medication Adherence Clinical Reference**. Washington: American College of Preventive Medicine, 2011.

ARMISHAW J. HOY JF, WATSON KM, WRIGHT EJ, PRICE BG, PIERCE AB. Non-occupational post-exposure prophylaxis in Victoria, Australia: responding to high rates of re-presentation and low rates of follow-up. **Int J STD AIDS**. V. 22, n. 12. p. 714-8, 2011.

ARTES R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. **Rev Psiquiatr Clin**, v. 25, n. 5, p. 223-8, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil. 2015**. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 20 Set. 2016.

BENTZ L, ENEL P, DUNAIS B, DURANT J, POIZOT-MARTIN I, TOURETTE-TURGIS C et al. Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: a randomized controlled trial. **AIDS Care**, v. 22, p. 1509–16, 2010.

BERTOLOZZI MR, NICHATA LYI, TAKAHASHI RF, CIOSAK SI, HINO P, VAL LF Et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc Enferm**, v. 43, esp 2, p. 1326-30, 2009.

BERTOLOZZI MR. **A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS)** no Município de São Paulo [tese livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

BERTOLOZZI, M.R. **Adesão ao programa de controle da tuberculose no distrito Sanitário de Butantã-SP**. São Paulo. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998.

BLASHILL AJ, EHLINGER PP, MAYER KH, SAFREN A. Optimizing Adherence to Preexposure and Postexposure Prophylaxis: The Need for an Integrated Biobehavioral Approach. **Clinical Infectious Dis.** v.60, n. 3. p.187-90, 2015.

BÖLENIUS K, BRULIN C, GRANKVIST K, LINDKVIST M, SÖDERBERG J. A content validated questionnaire for assessment of self reported venous blood sampling practices. **BMC Res Notes**, v. 5, n.39, 2012.

BORDIGNON M, MONTEIRO MI. Apparent validity of a questionnaire to assess workplace violence. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n.6, p. 601-8, 2015.

BOTENE DZA, PEDRO ENR. Implicações do uso da terapia antirretroviral no modo de viver de crianças com Aids. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 45, n. 1, p. 108-15. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e hepatites Virais. **Prevenção combinada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids, e hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/ Aids 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids, e hepatites Virais. **Formas de contágio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Diretrizes para organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PEP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Saúde define protocolo que simplifica tratamento após exposição ao HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST e AIDS e Hepatites Virais. **Anais do Congresso de Prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO ARS, DANTAS RAS, PELEGRINO FM, CORBI ISA. Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. **Rev. Latino-Am. Enf**, v. 18, n.3, 8 telas, 2010.

CATHERINE E. OLDENBURG CE, BÄRNIGHAUSEN TB, HARLING G, MIMIAGA MJ, KENNETH H, Et al. Adherence to Post-Exposure Prophylaxis for Non-forcible Sexual Exposure to HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis. **AIDS Behav**, v.18, n. 1, p.217-25, 2014.

CATTELL, R. B. **The scientific use of factor analysis**. New York: Plenum, 1978.

Center for Infectious Diseases (CDC). **Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States**. Atlanta: CDC, 2005.

CHACKO L, FORD N, SBAITI M, SIDDIQUI R. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. **Sex Transm Infect**. v. 88, n. 1, p.335-41, 2012.

CHAIYACHATI KH, OGBUOJI O, PRICE M, SUTHAR AB, NEGUSSIE EK, BÄRNIGHAUSEN T. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. **AIDS**, v. 28, (Suppl 2), p. 187–204, 2014.

CHEONG AT, TONG SF, SAZLINA SG. Validity and reliability of the Malay version of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary healthcare settings in Malaysia: A cross-sectional study. **Malays Fam Physician**, v. 10, n. 2, p. 36-44, 2015.

CLYNE W, MSHELIA C, HALL S, MCLACHLAN S, JONES P, DOBBELS F, Et al. Management of patient adherence to medications: protocol for an online survey of doctors, pharmacists and nurses in Europe. **BMJ Open**, v. 1, e000355, 2011.

COHEN SE, LIU AY, BERNSTEIN KT, PHILIP S. Preparing for HIV pre-exposure prophylaxis: lessons learned from post-exposure prophylaxis. **Am J Prev Med**, v. 44, n. 1, Suppl 2. p. 80-5, 2013.

CRAMER JA, ROY A, BURRELL A, FAIRCHILD CJ, FULDEORE MJ, OLLENDORF DA, Et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, v.11, n.1, p. 44-7, 2008.

CUESTA-BARRIUSO R, TORRES-ORTUÑO A, GALINDO-PIÑANA P, NIETO-MU-NUERA J, DUNCAN N, LOPEZ-PINA JA. Validation of the VERITAS-Pro treatment adherence scale in a Spanish sample population with hemophilia. **Patient Preference and Adherence**. v 27, n. 11, p. 653-60, 2017.

DAVIS LL. Instrument Review: Getting the Most From a Panel of Experts. **Appl Nurs Res**, v. 5, n. 4, p. 194-197, 1992.

Descritores em Ciência da saúde (DECS). Consulta ao DECS: **Adesão ao medicamento**. 2018.

ENGEL RJ, SCHUTT RK. **The Practice of Research in Social Work**. 3 ed. 2013.

EVANS B, DUGGAN W, BAKER J, RAMSAY M, ABITEBOUL D. Exposure of healthcare workers in England, Wales, and Northern Ireland to bloodborne viruses between July 1997 and June 2000: analysis of surveillance data. **BMJ**, n. 322, p.397-8, 2001.

FIELD A. **Descobrimos a Estatística Utilizando o SPSS (Português)**. Penso: São Paulo, 2009.

FISHER M, BENN P, EVANS B, POZNIAK A, JONES M, MACLEAN S, Et al. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. **Inter Journal of STD and AIDS**, v. 17, n. 2, p. 81-92, 2006.

FLECK, M. P. A.; et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A.; et. al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiat**, v. 21, n.1, p.19-28, 1999.

FORD N, IRVINE C, SHUBBER C, BAGGALEY R, BEANLAND R, VITORIA M, Et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. **AIDS**. v.28, n. 18, p. 2721-7, 2014.

FORD N, MAYER KH, BARLOW L, BAGYINSZKY F, CALMY A, CHAKRIUN M et al. World Health Organization Guidelines on Postexposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach. **Clinical Infectious Diseases**, v. 60, n. 3, p. 161-64, 2015.

FORD N, VENTER F, IRVINE C, BEANLAND RL, SHUBBER Z. Starter Packs Versus Full Prescription of Antiretroviral Drugs for Postexposure Prophylaxis: A Systematic **Review**. *Clin Infect Dis*. v.1, n. 60, suppl 3, p. 182-6, 2015.

GLOBAL HEALTH POLICY. **The Global HIV/AIDS Epidemic**. Estados Unidos da América, 2015.

GRANT JS, DAVIS LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*. v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.

GUILLEMIN F, BOMBARDIER C, BEATON D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. v. 46, n. 12, p. 1417-32, 1993.

GULHOLM T, JAMANI S, POYNTEN IM, TEMPLETON DJ. Non-occupational HIV post-exposure prophylaxis at a Sydney metropolitan sexual health clinic. *Sex Health*, v. 10, n. 5, p. 438-4, 2013.

GÜNTHER H. Como elaborar um questionário. **Planej. Pesq. Cienc. Sociais**. n.1, 2003.

GUPTA A, ANAND S, SASTRY J, KRISAGAR A, BASAVARAJ A, BHAT SM, Et al. High risk for occupational exposure to HIV and utilization of post-exposure prophylaxis in a teaching hospital in Pune, India. *BMC Infectious Diseases*. v.8, p. 142, 2008.

HAIR JF, BLACK WC, BABIN BJ, ANDERSON RE, TATHAM RL. **Análise Multivariada de Dados**. 6ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Social**: Curitiba, 2017.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSE (ICN). International Classification for Nursing Practice (ICNP®), ICNP Browser(new): **Adesão**. Disponível em: <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html> Acesso em 20 Ago 2016.

IZULLA P, MCKINNON LR, MUNYAO J, Et al. HIV postexposure prophylaxis in an urban population of female sex workers in Nairobi, Kenya. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**. v. 62, n. 2, p. 220-5, 2013.

JAIN S, MAYER K. Practical guidance for nonoccupational postexposure prophylaxis to prevent HIV infection: an editorial review. **AIDS**, n. 28, p. 1545-54, 2014.

JAIN S, OLDENBURG CE, MIMIAGA MJ, MAYER KH. Longitudinal Trends in HIV Non-occupational Postexposure Prophylaxis Use at a Boston Community Health Center Between 1997 and 2013. **J Acquir Immune Defic Syndr**. v. 68, n. 1, p. 97–101, 2015.

JANSEN AC, MARZIALE MHP, SANTOS CB, DANTAS RAS, KONY. Avaliação da adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde: tradução e adaptação cultural de instrumento. **Texto Contexto Enferm**, v 24, n. 3, p. 670-9, 2015. .

JENKINS GD, TABER TD. A Monte Carlo Study of Factors Affecting Three Indices of Composite Scale Reliability. **Journal of Applied Psychology**. v.62, p.392-398, 1977.

KAHN JO, MARTIN JN, ROLAND ME, BAMBERGER JD, CHESNEY MA, CHAMBERS D, Et al. Feasibility of Postexposure Prophylaxis (PEP) against Human Immunodeficiency Virus Infection after Sexual or Injection Drug Use Exposure: The San Francisco PEP Study. **Journal of Infectious Diseases**. v. 6, n. 183, p.707–14, 2001.

KNOBEL H, ALONSO J, CASADO JAL, COLLAZOZ J, GONZALEZ J, RUIZ I Et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. **AIDS**, v. 16, n. 4, p. 605-13, 2002.

KOURROUSKI, Maria Fernanda Cabral; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 947-952, 2009.

KUMAKECH E, ACHORA S, BERGGREN V, BAJUNIRWE F. Occupational exposure to HIV: a conflict situation for health workers. **International nursing review**. v. 58, n. 4, p. 454-62, 2011.

LACERDA TT, MAGALHÃES LC, REZENDE MB. Validade de conteúdo de questionários de coordenação motora para pais e professores. **Rev Ter** , v.18, n. 2, p.63-77, 2007.

LESSA PRA, RIBEIRO SG, AQUINO OS, ALMEIDA PC, PINHEIRO AKB. Validation of the Adherence Determinants Questionnaire scale among women with breast and cervical cancer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 971-78, 2015.

LIKERT R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**. n. 140, p. 44-53, 1932.

LIN C, LI L, WU Z, WU S, JIA M. Occupational exposure to HIV among health care providers: a qualitative study in Yunnan, China. **Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care**, v. 7, n. 1, p. 35-41, 2008.

LINS SMSB, LEITE JL, GODOY S, FULY PSC, ARAÚJO STC, SILVA IR. Validation of the adherence questionnaire for Brazilian chronic kidney disease patients under hemodialysis. **Rev Bras Enferm**, v.70, n. 3, p. 558-65, 2017.

LISSITZ RW, GREEN SB. Effect of the number of scale points on reliability: A Monte Carlo approach. **Journal of Applied Psychology**. n. 60, p. 10-13, 1975.

LOUTFY MR, MACDONALD S, MYHR T, HUSSON H, DU MONT J, BALLA S Et al. Prospective cohort study post-exposure prophylaxis for sexual assault survivors. **Antiviral therapy**, v.13, n. 1, p. 87-95, 2008.

LUNDING S, KATZENSTEIN TL, KRONBORG G, LINDBERG JA, JENSEN J, NIELSEN HI, Et al. The Danish PEP registry: experience with the use of postexposure prophylaxis (PEP) following sexual exposure to HIV from 1998 to 2006. **Sex Transm Dis**. v. 37, n. 1, p. 49-52, 2010.

MALINVERNI S, GENNOTTE AF, SCHUSTER M, DE WIT S, MOLS P, LIBOIS A. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis: A multivariate regression analysis of a 5 years prospective cohort. **Journal of Infection**. v. 76, n. 1, p. 78-85, 2018.

MALINVERNI S, LIBOIS A, GENNOTTE AF, LA MORTÉ C, MOLS P. Prescription of Non-Occupational Post-Exposure HIV Prophylaxis by Emergency Physicians: An Analysis on Accuracy of Prescription and Compliance. **PloS One**, v. 11, n. 4, e0153021, 2016.

MARTINS AMEBL, PEREIRA RD, FERREIRA RC. Compliance with occupational post-exposure protocol for injuries among dental surgeons. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 528-540, 2010.

MASTERS JR. The relationship between number of response categories and reliability of Likert-type questionnaires. **Journal of Educational Measurement**, v. 11, n. 1, p. 49-53, 1974.

MATTA SR, LUIZA VL, AZEREDO TB. Adaptação brasileira de questionário para avaliar adesão terapêutica em hipertensão arterial. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 292-300, 2013.

MCDUGAL SJ, ALEXANDER J, DHANIREDDY S, HARRINGTON RD, STEKLER JD. Non-occupational post-exposure prophylaxis for HIV: 10-year retrospective analysis in Seattle, Washington. **PloS One**, v. 9, n.8, e105030, 2014.

MELKU M, KEBEDE A, ADDIS Z. Magnitude of HIV and syphilis seroprevalence among pregnant women in Gondar, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. **HIV AIDS**, v2, n. 7, p. 175-82, 2015.

MENDES LV, CAMPOS MR, CHAVES GC, SILVA RM, FREITAS PS, COSTA KS Et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saude Debate**. v. 38, n. especial, p. 109-23, 2014.

MISHRA P. **Adherence to tuberculosis treatment under directly observed treatment, short-course(DOTS) in Nepal: quantitative and qualitative studies** [thesis]. Danish: The Danish University of Pharmaceutical Sciences, 2006.

MIYADA S, GARBIN AJI, GATTO RCJ, GARBIN CAS. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop** v.50, n. 5, p. 607-612, 2017.

MORISKY DE, ANG A, KROUSEL-WOOD M, WARD HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **J Clin Hypertens**, v. 10, n. 5, p.348-54, 2008.

MORISKY DE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**. v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

MUKAKA MM. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. **Malawi Med J**. v. 24, n. 3, p. 69-71, 2012.

MÜLLER S, KOHLMANN T, WILKE T. Validation of the Adherence Barriers Questionnaire – an instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence. **BMC Health Serv Res**. n. 15, p. 153, 2015.

MURIUKI EM, KIMANI J, MACHUKI Z, KIARIE J, ROXBY AC. Sexual Assault and HIV Postexposure Prophylaxis at an Urban African Hospital. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 31, n. 6. 2017.

NICHIATA LYI, BERTOLOZZI MR, TAKAHASHI RF, FRACOLLI LA. A UTILIZAÇÃO DO CONCEITO “VULNERABILIDADE” PELA ENFERMAGEM. **Rev Latino-am Enfer**. v.16, n. 5. 2008.

OLDENBURG EC, BÄRNIGHAUSEN T, HARLING G, MIMIAGA MJ, MAYER KH. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: A systematic review and meta-analysis. **AIDS Behav**, v. 18, n. 2, p. 217–225, 2014.

PARKIN JM, MURPHY M, ANDERSON J, EL-GADI S, FORSTER G, PINCHING AJ. Tolerability and side-effects of post-exposure prophylaxis for HIV infection. **Lancet**. v. 355, n. 9205, p.722–3, 2000.

PASQUALI L. (org.) **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília (DF): Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 1996.

PASQUALI L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm.** v. 43, n. spe, p. 992-99, 2009.

PASQUALI L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PASQUALI L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 25, n. 5, p. 206-13, 1998.

PATEL SM, JOHNSON S, BELKNAP SM, CHAN J, BEVERLY ES, BENNETT C. Serious adverse cutaneous and hepatic toxicities associated with nevirapine use by non-HIV-infected individuals. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 35, n. 2, p. 120-5, 2004.

PEDREIRA RBS, ROCHA SV, SANTOS CA, VASCONCELOS LRC, REIS MC. Content validity of the Geriatric Health Assessment Instrument. **Einstein**, v. 14, n. 2, p. 158-77, 2016

PEDROSA RBS, RODRIGUES RCM. Adaptation and evaluation of the measurement properties of the Brazilian version of the Self-efficacy for Appropriate Medication Adherence Scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 24, e2692, 2016.

PEREIRA JC. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP, 2004.

PÉREZ-ESCAMILLA B, FRANCO-TRIGO L, MOULLIN JC, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ F, GARCÍA-CORPAS JP. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. **Patient Prefer Adherence**, v.13, n. 9, p. 569-78, 2015.

PLAKAS S, MASTROGIANNIS D, MANTZOROU M, ADAMAKIDOU T, FOUKA G, BOUZIOU A Et al. Validation of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Chronically Ill Ambulatory Patients in Rural Greece. **Open Journal of Nursing**, n. 6, p. 158-169, 2016.

POLEJACK L, SEIDL EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1201-1208, 2010 .

PRADO-AGUILAR CA, MARTINEZ YV, SEGOVIA-BERNAL Y, REYES-MARTÍNEZ R, ARIAS-ULLOA R. Performance of two questionnaires to measure treatment adherence in patients with Type-2 diabetes. **BMC Public Health**, n. 9, p. 38, 2009.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Estatísticas Globais sobre Hiv. Geneve: Unaid, 2017.

REMOR E, MILNER-MOSKOVICS J, PREUSSLER G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 685-694, 2007.

RODRIGUES MTP, MOREIRA TMM, ANDRADE DF. Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 232-239, 2014.

ROLAND ME, NEILANDS TB, KRONE MR, COATES TJ, FRANCES K, CHESNEY MA Et al. A randomized noninferiority trial of standard versus enhanced risk reduction and adherence counseling for individuals receiving post-exposure prophylaxis following sexual exposures to HIV. **Clin Infect Dis**, n. 53, p. 76–83, 2011.

RUTLAND E, SUNDARAM S, MANI R. The awareness of postexposure prophylaxis for HIV infection following sexual exposure in emergency departments in a regional HIV network. **International journal of STD and AIDS**, v. 21, n. 9, p. 636-7, 2010.

SACKETT DL, SNOW JS. **The magnitude and measurement of compliance**. In Compliance in Health Care. Edited by Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Baltimore: Johns Hopkins University Press: 1979.

SANGOSENI O, HELLMAN M, HILL C. Development and validation of a questionnaire to assess the effect of online learning on behaviors, attitude and clinical practices of physical therapists in United States regarding of evidence-based practice. **Internet J Allied Health Sci Pract**, n. 11, p. 1-12, 2013.

SANTA HELENA ET, NEMES, MIB, ELUF-NETO J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

SANTOS WJ, DUMOND EF, GOMES AS, CORRÊA CM, FREITAS MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 6, p. 1028-37, 2011.

SCANNELL M, KIM T, GUTHRIE BJ. A Meta-Analysis of HIV Postexposure Prophylaxis Among Sexually Assaulted Patients in the United States. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, V.29, n. 1, p. 60 – 69, 2018.

SCHECHTER M, LAGO RF, MENDELSON AB, MOREIRA RI, MOULTON LH, HARRISON LH, Et al. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 35, n. 5, p. 519-25, 2004.

SCHMITTER-EDGECOMBE M, PARSEY C, LAMB R. Development and psychometric properties of the instrumental activities of daily living: compensation scale. **Arch Clin Neuropsychol**, v.29, n. 8, p. 776-92, 2014.

SECRETARIA MUNICIAPL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Equipe da SMS**. Curitiba, 2017.

SHOPTAW S, ROTHERAM-FULLER E, LANDOVITZ RJ, WANG J, MOE A, KANOUSE DE, Et al. Non-occupational post exposure prophylaxis as a biobehavioral HIV-prevention intervention, **AIDS Care**, v. 20, n. 3, p. 376-81, 2008.

SILVA JAG, DOURADO I, BRITO AM, SILVA CAL. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1188-198, 2015.

SILVEIRA LMC, RIBEIRO VMB. Grupo de adhesión al tratamiento: espacio de "enseñanza" para profesionales de la salud y pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* V.9, n.16. p.91-104, 2005.

SMITH DK, GROHSCOPF LA, BLACK RJ, AUERBACH JD, VERONESE F, CHEEVER L, Et al. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. USA Government: **CDC**, 2005.

SONDER GJ, PRINS JM, REGEZ RM, BRINKMAN K, MULDER JW, VEENSTRA J, Et al. Comparison of two HIV postexposure prophylaxis regimens among men who have sex with men in Amsterdam: adverse effects do not influence compliance. **Sex Transm Dis**, v. 37, n.11, p. 681-6, 2010.

SONDER GJB, PRINS JM, REGEZ R, BRINKMAN K, MULDER JW, VEENSTRA J, Et al. Comparison of Two HIV Postexposure Prophylaxis Regimens Among Men Who Have Sex With Men in Amsterdam: Adverse Effects Do Not Influence Compliance. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 37, n.11, p. 681-686, 2010.

SVARSTAD BL, CHEWNING BA, SLEATH BL, CLAEISSON C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Educ Couns**, v. 37, n. 2, p. 113-24, 1999.

SZWARCWALD CL, CASTILHO EA. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad Saúde Pública**, n. 27, supl 1, p.4-5, 2011.

TEBEJE B, HAILU C. ASSESSMENT OF HIV POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS USE AMONG HEALTH WORKERS OF GOVERNMENTAL HEALTH INSTITUTIONS IN JIMMA ZONE, OROMIYA REGION, SOUTHWEST ETHIOPIA. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 20, n. 1, 2010.

TERRA, M F; BERTOLOZZI, MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008.

THOMAS R, GALANAKIS C, VÉZINA S, LONGPRÉ D, BOISSONNAULT M, HUCHET E, Et al. Adherence to Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Incidence of HIV Seroconversion in a Major North American Cohort. **PloS One**, v. 11, n. 10, p. 1-10, 2015.

TISSOT F, ERARD V, DANG T, CAVASSINI M. Nonoccupational HIV post exposure prophylaxis: a 10 year retrospective analysis. **HIV Medicine**, n. 11, p. 584-92, 2010.

TOURANGEAU R, RASINSKI KA. Cognitive processes underlying context effects in attitude measurement. **Psychology Bull.** n. 103, p. 299–314, 1988.

WANG Y, LEE J, TOH MPHS, TANG WE, KO Y. Validity and reliability of a self-reported measure of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus in Singapore. **Diabet Med**, v.29, n. 9, p. 338-44, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: Evidence for action**. Geneve: World Health Organization; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines on post-exposure prophylaxis for hiv and the use of co-trimoxazole prophylaxis for hiv-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach**. Geneve: World Health Organization; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Post-exposure prophylaxis**. Geneve: World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection.** Geneve: World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Post-exposure prophylaxis.** Geneve: World Health Organization; 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexually transmitted infections (STIs).** Geneve: World Health Organization; 2016.

YANG A Et al. Validation of Chinese version of the Morisky Medication Adherence Scale in patients with epilepsy. **European Journal of Epilepsy**, v. 23, n. 4, p. 295-99, 2014.

ZEMMOUR K, TILAND A, BOUCEKINE M, GIRARD V, LOUBIERE S, RESSEGUIER N, Et al. Validation of the Medication Adherence Rating Scale in homeless patients with schizophrenia: Results from the French Housing First experience. **Scientific Reports**, n.6, p. 31598, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA - SOCIODEMOGRÁFICA E DE INVESTIGAÇÃO DE RISCO

INICIAIS DO PACIENTE					
DATA DE NASCIMENTO					
TELEFONE					
IDADE					
SEXO BIOLÓGICO		FEMININO ☐		MASCULINO ☐	
ORIENTAÇÃO SEXUAL		TRAVESTI ☐		TRANSEXUAL: FEM ☐ MAS ☐	
GÊNERO		SISGENERO ☐		TRANSGÊNERO: FEM ☐ MAS ☐	
ESTADO CIVIL		SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐ SEPARADO ☐ UNIÃO ESTÁVEL ☐			
ESCOLARIDADE	REFE- RIDA	NENHUMA ☐ 1 A 3 ANOS ☐ 4 A 7 ANOS ☐ 8 A 11 ANOS ☐ 12 ANOS OU MAIS ☐			
RAÇA		BRANCA ☐ PRETA ☐ AMARELA ☐ PARDA ☐ INDÍGENA ☐ IGNORADO ☐			
OCUPAÇÃO					
INSERÇÃO SOCIAL*		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐			
SERVIÇOS PÚBLICOS		SIM ☐ NÃO ☐			
		ÁGUA ENCANADA SIM ☐ NÃO ☐			
		ESGOTO SIM ☐ NÃO ☐			
		RUA PAVIMENTADA SIM ☐ NÃO ☐			
RELAÇÕES SEXUAIS COM INDIVÍDUOS SABIDAMENTE HIV+/AIDS					
SIM ☐		NÃO ☐		IGNORADO ☐	
NÚMERO DE PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 6 MESES					
RELAÇÕES SEXUAIS					
HOMENS ☐		MULHERES ☐		HOMENS E MULHERES ☐ IGNORADO ☐	
TIPO DE RELAÇÃO SEXUAL					
VAGINAL ☐ ORAL ☐ ANAL ☐					
USUÁRIO DE DROGAS					
SIM ☐		NÃO ☐			
		SIM ☐		NÃO ☐ IGNORADO ☐	
PARCEIRO(A) QUE MANTÉM RELAÇÕES BISSEXUAIS		SIM ☐		NÃO ☐ IGNORADO ☐	
PARCEIRO(A) QUE MANTÉM RELAÇÕES HOMOSSEXUAIS		SIM ☐		NÃO ☐ IGNORADO ☐	
PARCEIRO(A) USUÁRIO(A) DE DROGAS PSICOATIVAS		SIM ☐		NÃO ☐ IGNORADO ☐	
PARCEIRO(A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS COM PROFISSIONAL DO SEXO		SIM ☐		NÃO ☐ IGNORADO ☐	
PARCEIRO(A) QUE RECEBEU TRANSFUSÃO DE SANGUE/DERIVADOS/HEMOFILIA		SIM ☐		NÃO ☐ IGNORADO ☐	
RELAÇÃO SEXUAL					
RELAÇÃO ANAL		INSERTIVO ☐ RECEPTIVO ☐			
RELAÇÃO VAGINAL		SIM ☐ NÃO ☐			
RELAÇÃO ORAL		SIM ☐ SE SIM: ENGOLIU SEMEM ☐ NÃO ENGOLIU SEMEM ☐ NÃO ☐			

Fonte: instrumento adaptado da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa, 2015 e SINAN Aids, 2004.

* Grupo 1: R\$ 854,00; Grupo 2: R\$1.113,00; Grupo 3: R\$1.484,00; Grupo 4: R\$2.674,00; Grupo 5: R\$ 4.681,00; Grupo 6: R\$ 9.897,00; Grupo 7: R\$ 17.434,00

Informações complementares:

- Já tinha ouvido sobre PEP? O que sabe sobre o assunto?

- Já Fez uso da PEP alguma vez? Se sim, quantas vezes?

- Quais as suas impressões gerais sobre as medicações (PEP) que está tomando (ou tomou)?

- Quantos dias de medicamento você tomou?

- Como se sentiu com o medicamento?

- Você pensou em desistir do tratamento?

- Quais as dificuldades e as facilidades do tratamento?

APÊNDICE II – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV (VERSÃO 01)

Orientações:

Estas orientações visam esclarecer as dúvidas que eventualmente possam surgir no preenchimento da escala.

Esta escala tipo *likert*, com graduações de 1 a 5, é para verificar a adesão a PEP sexual, a qual deverá ser aplicada pelo pesquisador em uma sala reservada para obtenção da resposta correta do entrevistado. Por favor, todas as questões deverão ser respondidas e caso o entrevistado não tenha certeza da resposta sobre a questão, orientá-lo a escolher a alternativa que mais lhe parece apropriado.

O pesquisador deve marcar a resposta do entrevistado com um X em cada item(pergunta). A escala tem apenas 1 (uma) resposta por item.

DIMENSÕES

1. Percepção sobre o processo saúde-doença

ITENS	1	2	3	4	5
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento?					
2. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento conforme a dose prescrita?					
3. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento nos horários estabelecidos?					
4. Alguma vez quando saiu de casa esqueceu de tomar o medicamento?					
5. Alguma vez você sentiu dificuldade para lembrar de tomar o medicamento?					
6. Alguma vez, nas últimas duas semanas, você esqueceu de tomar o medicamento?					
7. Alguma vez você parou o medicamento sem avisar os profissionais de saúde que te atenderam?					
8. Alguma vez você se sentiu mal e deixou de tomar o medicamento?					

9. Alguma vez você sentiu incomodado e não tomou o medicamento?					
10. Alguma vez você teve curiosidade de saber os meios de transmissão do HIV?					
11. Alguma vez você procurou saber as formas de prevenção do HIV?					
12. Alguma vez você fez sexo seguro?					
13. Alguma vez você teve múltiplos parceiros sexuais?					
14. Você tem relações sexuais com parceiros conhecidos?					
15. Você contou alguma vez para seus familiares sobre o tratamento?					

2. Formas de inserção do indivíduo na sociedade

ITENS	1	2	3	4	5
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez a equipe esteve atenta às suas necessidades?					
2. Alguma vez a equipe de saúde teve preocupação com você?					
3. Alguma vez a equipe de saúde ofereceu apoio espiritual?					
4. Alguma vez os profissionais que te atenderam, passaram confiança?					
5. Alguma vez você se sentiu confortável para falar sobre seus sentimentos com a equipe?					
6. Alguma vez seus amigos mostraram preconceito?					
7. Alguma vez seus familiares demonstraram entender o tratamento?					
8. Alguma vez seus colegas de trabalho mostraram preconceito sobre o tratamento?					
9. Alguma vez você não teve acesso ao preservativo?					

3. Processo de produção de serviços de saúde e formas de organização dos processos de trabalho

ITENS	1	2	3	4	5
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez você recebeu orientações sobre o tratamento?					

2. Você teve um profissional que te auxiliou no atendimento?					
3. Você teve profissionais disponíveis para te ajudar em algum momento do atendimento?					
4. Recebeu apoio do serviço de saúde para o tratamento?					
5. Se sentiu acolhido para fazer o tratamento?					
6. Você se sentiu seguro com as orientações que recebeu?					
7. Constatou que estava sendo atendido por pessoas competentes?					
8. Recebeu orientações sobre o tempo de tratamento?					
9. Recebeu orientações sobre não esquecer de tomar o medicamento?					

APÊNDICE III – VALIDADE DE CONTEÚDO – AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

Esta etapa serve para você, juiz, realizar os apontamentos necessários quanto ao conteúdo abordado no instrumento. Nesta etapa você deve julgar cada item como concordo totalmente, concordo parcialmente, discordo parcialmente e discordo totalmente em relação a se a pergunta ajuda na avaliação da adesão.

Se ao julgar o item, você achar necessário a mudança na escrita, isso deve ser feito no campo observação de cada item e este item também deve ser julgado.

Em todos os itens que discordar totalmente e parcialmente, você deverá justificar para que possamos aprimorar o instrumento com suas sugestões.

1. Percepção sobre o processo saúde-doença

ITENS	1	2	3	4	OBSERVAÇÃO
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE	
1. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento?					
2. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento conforme a dose prescrita?					
3. Alguma vez deixou de tomar seu medicamento nos horários estabelecidos?					
4. Alguma vez, quando saiu de casa, esqueceu de tomar o medicamento?					
5. Alguma vez você sentiu dificuldade para lembrar de tomar o medicamento?					
6. Alguma vez, nas últimas duas semanas, você esqueceu de tomar o medicamento?					

ITENS	1	2	3	4	OBSERVAÇÃO
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE	
7. Alguma vez você parou o medicamento sem avisar os profissionais de saúde que te atenderam?					
8. Alguma vez você se sentiu mal e deixou de tomar o medicamento?					
9. Alguma vez você sentiu incomodado e não tomou o medicamento?					
10. Alguma vez você teve curiosidade de saber os meios de transmissão do HIV?					
11. Alguma vez você procurou saber as formas de prevenção do HIV?					
12. Alguma vez você fez sexo seguro?					
13. Alguma vez você teve múltiplos parceiros sexuais?					
14. Você tem relações sexuais com parceiros conhecidos?					
15. Você contou alguma vez para seus familiares sobre tratamento?					

2. Formas de inserção do indivíduo na sociedade

ITENS	1	2	3	4	OBSERVAÇÃO
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE	
1. Alguma vez a equipe esteve atenta às suas necessidades?					
2. Alguma vez a equipe de saúde teve preocupação com você?					
3. Alguma vez a equipe de saúde ofereceu apoio espiritual?					
4. Alguma vez os profissionais que te atenderam, passaram confiança?					
5. Alguma vez você se sentiu confortável para falar sobre seus sentimentos com a equipe?					
6. Alguma vez seus amigos mostraram preconceito?					
7. Alguma vez seus familiares demonstraram entender o tratamento?					
8. Alguma vez seus colegas de trabalho mostraram preconceito sobre o tratamento?					
9. Alguma vez você não teve acesso ao preservativo?					

3. Processo de produção de serviços de saúde e formas de organização dos processos de trabalho

ITENS	1	2	3	4	OBSERVAÇÃO
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE	
1. Alguma vez você recebeu orientações sobre o tratamento?					
2. Você teve um profissional que te auxiliou no atendimento?					
3. Você teve profissionais disponíveis para te ajudar em algum momento do atendimento?					
4. Recebeu apoio do serviço de saúde para o tratamento?					
5. Se sentiu acolhido para fazer o tratamento?					
6. Você se sentiu seguro com as orientações passadas?					
7. Constatou que estava sendo atendido por pessoas competentes?					
8. Recebeu orientações sobre o tempo de tratamento?					
9. Recebeu orientações sobre não esquecer de tomar o medicamento?					

APÊNDICE IV – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV (VERSÃO 02)

Orientações:

Estas orientações visam esclarecer as dúvidas que eventualmente possam surgir no preenchimento da escala.

Esta escala tipo *likert*, com graduações de 1 a 5, é para verificar a adesão a PEP sexual, a qual deverá ser aplicada pelo pesquisador em uma sala reservada para obtenção da resposta correta do entrevistado. Por favor, todas as questões deverão ser respondidas e caso o entrevistado não tenha certeza da resposta sobre a questão, orientá-lo a escolher a alternativa que mais lhe parece apropriado.

O pesquisador deve marcar a resposta do entrevistado com um X em cada item(pergunta). A escala tem apenas 1 (uma) resposta por item.

DIMENSÕES

1. Percepção sobre o processo saúde-doença

ITENS	1	2	3	4	5
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento?					
2. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento conforme a dose prescrita?					
3. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento nos horários indicados?					
4. Alguma vez você sentiu dificuldade para lembrar de tomar o medicamento?					
5. Alguma vez você deixou de tomar o medicamento sem avisar os profissionais de saúde que te atenderam?					
6. Alguma vez você se sentiu mal e deixou de tomar o medicamento?					
7. Você sabe como o HIV é transmitido?					
8. Alguma vez você procurou saber sobre as formas de prevenção do HIV?					
9. Alguma vez você fez sexo com preservativo?					

10. Alguma vez você teve múltiplos (vários) parceiros sexuais?					
11. Você tem relações sexuais com parceiros conhecidos					

2. Formas de inserção do indivíduo na sociedade

ITENS	1	2	3	4	5
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez a equipe de saúde esteve atenta às suas necessidades?					
2. Alguma vez você não sentiu confiança dos profissionais de saúde que te atenderam?					
3. Alguma vez você se sentiu confortável para falar sobre seus sentimentos com a equipe de saúde?					
4. Alguma vez seus amigos mostraram preconceito diante do seu problema de saúde?					
5. Alguma vez seus familiares compreenderam o seu tratamento?					
6. Alguma vez seus colegas de trabalho mostraram preconceito sobre o seu tratamento?					
7. Alguma vez você não teve acesso à prevenção combinada (aconselhamento; TcP; PrEP e PEP)?					

3. Processo de produção de serviços de saúde e formas de organização dos processos de trabalho

ITENS	1	2	3	4	5
	Não	Acho que não	Talvez	Acho que sim	Sim
1. Alguma vez você recebeu orientação sobre o seu tratamento?					
2. Você teve profissionais disponíveis para te ajudar em algum momento do atendimento?					
3. Você recebeu apoio do serviço de saúde para o seu tratamento?					
4. Se sentiu acolhido para fazer o tratamento?					
5. Você se sentiu seguro com as orientações passadas pelos profissionais de saúde?					
6. Recebeu orientações sobre não esquecer de tomar o medicamento?					

**APÊNDICE V – VALIDAÇÃO DE FACE – AVALIAÇÃO DA
ESCALA PELA POPULAÇÃO GERAL**

1 – O instrumento mede o que foi projetado para medir? SIM ☐ NÃO ☐

Observação: _____

2 - O instrumento parece medir o que deveria medir? SIM ☐ NÃO ☐

Observação: _____

3 - A técnica de mensuração empregada está correta? SIM ☐ NÃO ☐

Observação: _____

4 - A linguagem aplicada no instrumento está adequada? SIM ☐ NÃO ☐

Observação: _____

5 – A forma que o conteúdo está sendo apresentado está correto? SIM ☐ NÃO ☐

Observação: _____

APÊNDICE VI – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTES

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Convido o(a) Sr(a) para participar da pesquisa intitulada “Construção de uma escala de avaliação da adesão à profilaxia pós-exposição sexual ao HIV”, desenvolvida pela Sra. Carla Luiza da Silva, pós-graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob orientação da Dr^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata. Esse estudo tem o objetivo de elaborar uma escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual consentida e validar por meio de experts o questionário de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde à PEP por exposição sexual e analisar a psicomетria da escala de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde à PEP por exposição sexual consentida. Justifica-se pela necessidade de conhecer a adesão à Profilaxia pós-exposição sexual de indivíduos na Cidade de Curitiba-PR, para conseguir melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

A sua participação será em duas entrevistas, com uma hora de duração cada, a ser realizada antes do atendimento na unidade de referência deste estudo, sendo essa abordagem no primeiro dia e vigésimo oitavo dia de atendimento.

Este estudo apresenta o risco de você sentir-se constrangido ou desconfortável, antes, durante ou após a sua participação nas entrevistas. Caso você precise, poderá contar com apoio psicológico especializado.

O benefício esperado é que esse estudo ajude a entender a adesão à PEP sexual, bem como auxiliar na melhoria do atendimento à adesão à PEP-Sexual disponível no sistema de saúde do município de Curitiba.

A sua participação é voluntária. As entrevistas serão registradas por meio de uma escala de avaliação. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização alguma.

Pela sua participação, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Nenhuma das despesas necessárias para a realização da pesquisa é da sua responsabilidade. Seu anonimato e privacidade estarão mantidos e, qualquer informação que seja divulgada será feita de forma codificada. Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. A principal pesquisadora é a Sra. Carla Luiza da Silva que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar – 05403-000- São Paulo – SP, ou pelo telefone com atendimento 24 horas (42)99962-0335, e pelo e-mail clsilva21@hotmail.com.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP. O endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar – 05403-000 – São Paulo – SP. Telefone (11)3061-8858 e e-mail cepee@usp.br. Para outras considerações, pode-se, também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, instituição coparticipante desta pesquisa. O endereço é Rua Atilio Bório, nº 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, PR - CEP 80.050-250, telefone: 3360-4961 e e-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias, uma ficará comigo, pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Pesquisadora responsável: Carla Luiza da Silva

Assinatura: _____

Participante (nome completo): _____

Assinatura do(a) participante: _____

_____, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE VII – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Convido o(a) Sr(a) para participar da pesquisa intitulada “Construção de uma escala de avaliação da adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV”, desenvolvida pela Sra. Carla Luiza da Silva, pós-graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob orientação da Dr^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata. Esse estudo tem o objetivo de elaborar uma escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual consentida e validar por meio de experts o questionário de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual e analisar a psicomетria da escala de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual consentida. Justifica-se pela necessidade de conhecer a adesão a Profilaxia pós-exposição sexual de indivíduos na Cidade de Curitiba-Pr, para conseguir melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

A sua participação será por meio da avaliação da escala proposta, que após validada será aplicado nos pacientes.

Este estudo apresenta o risco de os juízes não entenderem os itens e a forma de avaliação da escala.

O benefício esperado é que esse estudo ajude a entender a adesão ao PEP sexual, bem como auxiliar na melhoria do atendimento à adesão ao PEP-Sexual disponível no sistema de saúde do município de Curitiba – PR.

A sua participação é voluntária. O julgamento de cada juiz será por meio de uma escala para avaliar os itens do que se propõem, bem como a validação do instrumento. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização alguma.

Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro. Receberá um certificado de participação, como juiz nesta pesquisa. Nenhuma das despesas necessárias para a realização da pesquisa é da sua responsabilidade. Seu anonimato e privacidade estarão mantidos e, qualquer informação que seja divulgada será feita de forma codificada. Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. A principal pesquisadora é a Sra. Carla Luiza da Silva que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar – 05403-000- São Paulo – SP. Ou pelo telefone com atendimento 24 horas (42)9962-0335, ou pelo e-mail clsilva21@hotmail.com.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP. O endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar – 05403-000- São Paulo – SP. Telefone (11)3061-8858 e e-mail cepee@usp.br. Para outras considerações, pode-se também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, instituição coparticipante desta pesquisa. O endereço é Rua Atilio Bório, nº 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, PR - CEP 80.050-250, telefone: 3360-4961 e e-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias, uma ficará comigo, pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Pesquisadora responsável: Carla Luiza da Silva

Assinatura: _____

Juiz (a) (nome completo): _____

Assinatura do(a) juiz (a): _____

_____, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE VIII – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – POPULAÇÃO LEIGA

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Convido o(a) Sr(a) para participar da pesquisa intitulada “Construção de uma escala de avaliação da adesão à profilaxia pós exposição sexual ao HIV”, desenvolvida pela Sra. Carla Luiza da Silva, pós-graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob orientação da Dr^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata. Esse estudo tem o objetivo de elaborar uma escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual consentida e validar por meio de experts a escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual e analisar a psicomетria da escala de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual consentida. Justifica-se pela necessidade de conhecer a adesão a Profilaxia pós-exposição sexual de indivíduos na Cidade de Curitiba-PR, para conseguir melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

A sua participação será de forma anônima para a validação de face do instrumento, ou seja, se o instrumento está legível e se mede o que se propõem.

Este estudo apresenta o risco de você sentir-se desconfortável, para avaliar as perguntas. Caso você precise, poderá contar com apoio psicológico especializado. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, garante-se a sua indenização e ressarcimento. O benefício esperado é que esse estudo ajude a entender a adesão ao PEP sexual, bem como auxiliar na melhoria do atendimento à adesão ao PEP-Sexual disponível no sistema de saúde do município de Curitiba.

A sua participação é voluntária. A avaliação será por meio de um questionário de fácil interpretação. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização alguma.

Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro. Nenhuma das despesas necessárias para a realização da pesquisa é da sua responsabilidade. Seu anonimato e privacidade estarão mantidos e qualquer informação que seja divulgada será feita de forma codificada. Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. A principal pesquisadora é a Sra. Carla Luiza da Silva que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar – 05403-000 – São Paulo – SP, ou pelo telefone com atendimento 24 horas (42)99962-0335, ou pelo e-mail clsilva21@hotmail.com.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP. O endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar – 05403-000- São Paulo – SP. Telefone (11)3061-8858 e e-mail cepee@usp.br. Para outras considerações, pode-se também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, instituição coparticipante desta pesquisa. O endereço é Rua Atilio Bório, nº 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, PR – CEP 80.050-250, telefone: 3360-4961 e e-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias, uma ficará comigo, pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Pesquisadora responsável: Carla Luiza da Silva

Assinatura: _____

Participante (nome completo): _____

Assinatura do(a) participante: _____

_____, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE IX – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV (VERSÃO 03)

Orientações:

Estas orientações visam esclarecer as dúvidas que eventualmente possam surgir no preenchimento da escala.

Esta escala tipo *likert*, com graduações de 1 a 5, é para verificar a adesão a PEP sexual, a qual deverá ser aplicada pelo pesquisador em uma sala reservada para obtenção da resposta correta do entrevistado. Por favor, todas as questões deverão ser respondidas e caso o entrevistado não tenha certeza da resposta sobre a questão, orientá-lo a escolher a alternativa que mais lhe parece apropriado.

O pesquisador deve marcar a resposta do entrevistado com um X em cada item(pergunta). A escala tem apenas 1 (uma) resposta por item.

ITENS	1	2	3	4	5
	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento conforme a dose prescrita?					
2. Alguma vez a equipe de saúde esteve atenta às suas necessidades?					
3. Alguma vez seus amigos mostraram preconceito diante do seu problema de saúde?					
4. Alguma vez seus colegas de trabalho mostraram preconceito sobre o seu tratamento?					
5. Alguma vez você se sentiu mal e deixou de tomar o medicamento?					
6. Você teve profissionais disponíveis para te ajudar em algum momento do atendimento?					
7. Alguma vez você procurou saber sobre as formas de prevenção ao HIV?					
8. Alguma vez seus familiares compreenderam o seu tratamento?					
9. Alguma vez você sentiu dificuldade para lembrar de tomar o medicamento?					

ITENS	1	2	3	4	5
	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
10. Alguma vez você recebeu orientação sobre o seu tratamento?					
11. Alguma vez você fez sexo com preservativo?					
12. Você sabe como o HIV é transmitido?					
13. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento?					
14. Você recebeu apoio do serviço de saúde para o seu tratamento?					
15. Alguma vez você se sentiu confortável para falar sobre os seus sentimentos com a equipe de saúde?					
16. Se sentiu acolhido para fazer o tratamento?					
17. Alguma vez você deixou de tomar o medicamento sem avisar os profissionais de saúde que te atenderam?					
18. Alguma vez você deixou de tomar seu medicamento nos horários indicados?					
19. Você tem relações sexuais com parceiros conhecidos?					
20. Alguma vez você não teve acesso à prevenção combinada (aconselhamento; TcP; PrEP e PEP)?					
21. Você se sentiu seguro com as orientações passadas pelos profissionais de saúde?					
22. Recebeu orientações sobre não esquecer de tomar o medicamento?					
23. Alguma vez você teve múltiplos (vários) parceiros sexuais?					
24. Alguma vez você não sentiu confiança nos profissionais de saúde que te atenderam?					

ANEXO

ANEXO I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV

Pesquisador: CARLA LUIZA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08559017.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.070.705

Apresentação do Projeto:

Trata-se da 2ª versão do projeto de doutorado de Carla Luiza da Silva, denominado "CONSTRUÇÃO DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV" sob orientação da Profa. Drª Lucia Yasuko Izumi Nchiata.

Apresentou como pendências na primeira versão: "Não há menção a possibilidade de indenização e ressarcimento no TCLE, bem como é necessário ajuste do objetivo no TCLE. TCLE para os juízes deve-se inserir o tempo para o preenchimento".

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivos: "GERAL - Elaborar uma escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual consentida".

ESPECÍFICO - "• Validar por meio de experts a escala de medida de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual; • Analisar a psicomетria da escala de avaliação da adesão de usuários dos serviços de saúde ao PEP por exposição sexual"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Traz como riscos aos pacientes: "sentir-se constrangido ou desconfortável, antes, durante ou após

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.070.705

a participação nas entrevistas. Caso o paciente precise, poderá contar com apoio psicológico especializado (custo esse arcado pela pesquisadora)". Como benefícios: "Esse estudo ajude a entender a adesão ao PEP sexual, bem como auxiliar na melhoria do atendimento à adesão ao PEP-Sexual disponível no sistema de saúde do município de Curitiba".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora expõe as etapas de desenvolvimento do instrumento, validação de conteúdo e construto.

SUJEITOS DE PESQUISA

A pesquisa pressupõe três grupos de sujeitos. O primeiro grupo será constituído por leigos, que irão avaliar a validade aparente do instrumento, este grupo será composto por 10 pessoas da população. O segundo grupo, será composto por juízes, sendo eles: 1 metodologista, 5 profissionais da área da saúde e 1 linguista, totalizando 7 pessoas que avaliarão um questionário elaborado pela pesquisadora.

O terceiro grupo será constituído por usuários do serviço de saúde que tiveram seus atendimentos relacionados ao PEP- exposição sexual. Para a participação desta pesquisa estabeleceu-se os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; procura por atendimento por motivo de exposição sexual consentida sem proteção; indicação de quimioprofilaxia conforme protocolo do Ministério da Saúde (MS), apresentar condições de saúde adequadas para responder ao questionário. Como critério de exclusão, será realizado até 3 tentativas de contato com o paciente, após essas tentativas, o sujeito será excluído do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta orçamento e cronograma exequível.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A solicitação do primeiro parecer foi atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.070.705

de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_890961.pdf	25/04/2017 17:53:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPACIENTES.docx	25/04/2017 17:45:30	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJUIZES.docx	25/04/2017 17:45:14	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tesefinal.docx	31/03/2017 16:23:24	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoass.pdf	31/03/2017 10:58:36	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	lattesLucia.docx	28/03/2017 23:40:54	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	lattesCarla.docx	28/03/2017 23:34:56	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	docctba1.jpg	28/03/2017 23:34:28	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	docctba.jpg	28/03/2017 23:34:06	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	28/03/2017 23:33:12	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	AUSENCIADECUSTOS.doc	28/03/2017 23:32:35	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	DeclaracaodeautorizacaodoCEPCtba.docx	28/03/2017 23:32:10	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	INSTRUMENTODEMEDIDAPACIENTE S.docx	28/03/2017 23:30:11	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	28/03/2017 23:25:29	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.070.705

SAO PAULO, 18 de Maio de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 05.403-000

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br