

## Validity and reliability of a self-efficacy expectancy scale for adherence to antiretroviral therapy for parents and carers of children and adolescents with HIV/AIDS

*Validação e reprodutibilidade de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral em pais ou cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS*

Luciana Scarlazzari Costa<sup>1</sup>, Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre<sup>2</sup>,  
Mariliza Henrique da Silva<sup>3</sup>, Daniela Vinhas Bertolini<sup>4</sup>, Daisy Maria Machado<sup>5</sup>,  
Sidnei Rana Pimentel<sup>6</sup>, Heloísa Helena de Sousa Marques<sup>7</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Validar uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral em crianças e adolescentes com HIV/AIDS, levando em consideração a perspectiva dos pais/responsáveis, e avaliar a sua reprodutibilidade.

**Métodos:** O estudo foi realizado no Hospital-Dia do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo. Foram entrevistados os pais/responsáveis de 54 crianças e adolescentes de 6 meses a 20 anos que passaram em consulta de rotina pelo serviço. Os dados de auto-eficácia foram levantados pela escala de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral (AE), que foi calculada de duas maneiras: análise fatorial e fórmula já definida. A consistência interna da escala foi verificada pelo coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. A validade foi avaliada pela comparação das médias dos escores entre grupos de pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento anti-retroviral (teste de Mann-Whitney) e cálculo do coeficiente de correlação de Spearman entre os escores e parâmetros clínicos. A reprodutibilidade foi verificada por meio do teste de Wilcoxon, pelo coeficiente de correlação intraclasse (CCI) e pelo gráfico de Bland-Altman.

**Resultados:** A escala de AE apresentou boa consistência interna ( $\alpha = 0,87$ ) e boa reprodutibilidade (CCI = 0,69 e CCI = 0,75). Quanto à validade, a escala de AE conseguiu discriminar pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento anti-retroviral ( $p = 0,002$ ) e apresentou correlação significativa com a contagem de CD4 ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,04$ ).

**Conclusões:** A escala de AE pode ser utilizada para avaliar a adesão à terapia anti-retroviral em crianças e adolescentes com HIV/AIDS, levando em consideração a perspectiva dos pais/cuidadores.

*J Pediatr (Rio J). 2008;84(1):41-46: Escala, adesão, terapia, HIV, criança, adolescente, reprodutibilidade.*

### Abstract

**Objective:** To validate and evaluate the reproducibility of a self-efficacy (SE) scale for adherence to antiretroviral therapy in children and adolescents with HIV/AIDS, taking into account the perspective of parents/guardians.

**Methods:** The study was carried out at the Hospital-Dia, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT/SP), in São Paulo, Brazil. The parents/guardians of 54 children and adolescents aged 6 months to 20 years were interviewed during routine consultations at our service. Data on SE were collected using the Self-Efficacy for Following Anti-Retroviral Prescription Scale, and SE scores were calculated in two different ways: factor analysis and a predefined formula. The scale's internal consistency was verified using Cronbach's  $\alpha$  coefficient. Validity was tested by comparing the mean scores of a group of patients who did adhere to antiretroviral treatment with those of a group that did not (Mann-Whitney test) and by calculating the Spearman correlation coefficient for agreement between scores and clinical parameters. Reproducibility was verified using the Wilcoxon test, intraclass correlation coefficients ( $r_{icc}$ ) and Bland-Altman plots.

**Results:** The SE scale demonstrated good internal consistency ( $\alpha = 0.87$ ) and good reproducibility ( $r_{icc} = 0.69$  and  $r_{icc} = 0.75$ ). In terms of validity, the SE scale was capable of differentiating adherent patients from those who did not adhere to their antiretroviral treatment ( $p = 0.002$ ) and exhibited a significant correlation with CD4 counts ( $r = 0.28$ ;  $p = 0.04$ ).

**Conclusions:** The SE scale can be used to assess adherence to antiretroviral therapy in children and adolescents with HIV/AIDS, taking into account the perspective of parents/carers.

*J Pediatr (Rio J). 2008;84(1):41-46: Scale, adherence, therapy, HIV, children, adolescent, reproducibility.*

1. Mestre. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP. Doutoranda em Saúde Pública (Epidemiologia), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP.
2. Doutora. Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, SP. Professora titular, Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, SP.
3. Residente em Infectologia, Hospital Emílio Ribas, São Paulo, SP. Diretora técnica de saúde, Hospital-Dia, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo, São Paulo, SP.
4. Médico. Hospital-Dia, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo, São Paulo, SP. Residente em Infecopediatria, Instituto da Criança, Hospital das Clínicas, USP, São Paulo, SP.
5. Doutora. Professora afiliada, Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Hospital-Dia, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo, São Paulo, SP.
6. Médico. Hospital-Dia, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo, São Paulo, SP. Residente em Infectologia, Hospital Emílio Ribas, São Paulo, SP.
7. Doutora. USP, São Paulo, SP. Médica, Departamento de Pediatria, Instituto da Criança, Hospital das Clínicas, USP, São Paulo, SP.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 04/00886-0.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

**Como citar este artigo:** Costa LS, Latorre MR, da Silva MH, Bertolini DV, Machado DM, Pimentel SR, et al. Validity and reliability of a self-efficacy expectancy scale for adherence to antiretroviral therapy for parents and carers of children and adolescents with HIV/AIDS. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(1):41-46.

Artigo submetido em 30.05.07, aceito em 19.11.07.

doi:10.2223/JPED.1751

## Introdução

Os medicamentos anti-retrovirais e a sua disponibilização pelo Ministério da Saúde têm retardado a progressão da doença e prolongado a sobrevida das crianças que vivem com HIV/AIDS<sup>1</sup>, transformando a infecção pelo HIV em uma doença crônica<sup>2</sup>. Isso tem permitido que muitas das crianças infectadas cheguem, atualmente, à adolescência<sup>3</sup>. Espera-se que este aumento da sobrevida esteja associado a uma boa qualidade de vida.

Um dos pontos importantes quando se fala de qualidade de vida em pacientes com HIV/AIDS é sua relação com a adesão ao tratamento anti-retroviral. A terapia anti-retroviral de alta potência, ou o termo em inglês *highly active combination antiretroviral therapy* (HAART), tem se mostrado efetiva para a redução da replicação do vírus HIV e conseqüente restauração imune<sup>4</sup>. Com isso, observa-se redução das infecções oportunistas, redução da mortalidade e melhora na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes<sup>4</sup>. Entretanto, muitos fatores podem afetar o processo de supressão da replicação viral, incluindo a baixa potência de uma das drogas da combinação, resistência viral, uso de drogas ilícitas e inadequada adesão ao tratamento<sup>2-4</sup>. Segundo Starace et al.<sup>5</sup>, o principal fator que contribui para o sucesso da terapia é a alta adesão (acima de 95%) ao tratamento. O uso irregular, doses insuficientes ou o não seguimento de rotinas para a absorção podem aumentar o risco de falência virológica e resistência viral<sup>3</sup>.

Adesão ao tratamento pode ser definida, segundo Shah<sup>6</sup>, como a capacidade do paciente em seguir as prescrições de medicamentos oferecidas pelo médico. No caso de crianças, a adesão depende tanto do comportamento dos pais/cuidadores quanto da própria criança em acatar as recomendações feitas pelo médico.

Leite et al.<sup>7</sup> desenvolveram uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral para pacientes adultos com AIDS e indicação de tratamento anti-retroviral. Esta escala é baseada na teoria cognitivo-social de Bandura<sup>8</sup>, que tem sido usada para compreender comportamentos de proteção à saúde. A auto-eficácia é o julgamento do sujeito sobre sua habilidade para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento – no caso da adesão, o seguimento regular da prescrição.

O uso de questionário pode ser uma medida rápida e fácil para avaliar adesão ao tratamento. Uma importante questão ao avaliar crianças é sobre "a quem perguntar"<sup>7,9</sup>. Embora as crianças possam responder a partir de uma certa idade, os pais/cuidadores são os que melhor podem informar, pois as crianças podem ser muito jovens ou estarem muito doentes para responder. Além disso, Eiser & Morse<sup>10</sup> afirmam que as crianças não podem se auto-avaliar por falta de desenvolvimento lingüístico e cognitivo.

No contexto brasileiro, até o presente momento não há instrumento específico para avaliar adesão ao tratamento anti-retroviral em crianças ou adolescentes vivendo com HIV/

AIDS. Assim, o objetivo deste estudo é validar a escala proposta por Leite et al.<sup>7</sup>, sob a perspectiva dos pais ou cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS, e avaliar a sua reprodutibilidade.

## Métodos

O estudo foi conduzido de 27/03/05 a 20/08/05 no Hospital-Dia do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo (CRT/SP). Participaram do estudo crianças e adolescentes de 6 meses a 20 anos.

O tamanho da amostra foi calculado considerando a variação em torno do coeficiente alfa de Cronbach entre 0,68 a 0,94. Assumindo  $\alpha = 5\%$  e  $\beta = 10\%$ , estimou-se que seriam necessárias 25 crianças com HIV/AIDS para a fase de validação.

Dos 134 pacientes registrados no CRT, conseguiu-se contatar 96 pais/responsáveis (71,6%). Destes, 6,3% recusaram-se a participar, e 90 foram entrevistados (67,2% da população de estudo). Das 90 crianças/adolescentes que inicialmente entraram no estudo, 54 estavam tomando anti-retrovirais e foram incluídas neste estudo.

Para avaliar a reprodutibilidade, foram entrevistados, novamente, 43 pais/responsáveis, nas consultas que ocorreram entre 30 e 45 dias após a primeira entrevista. Os 11 restantes não atenderam às convocações.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP-FSP) e pela Comissão de Ética do CRT/SP em DST/AIDS.

### Escala de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral (AE)

A escala é composta de 21 situações onde o paciente aponta se vai conseguir tomar os medicamentos anti-retrovirais prescritos pelo médico<sup>3</sup>. As opções de resposta são: 0 – não vou tomar mesmo; 1 – acho que não vou tomar; 2 – não sei; 3 – acho que vou tomar; e 4 – com certeza vou tomar.

Os escores podem ser calculados desta forma:

- 1) **Escore 1 de AE.** Pode-se fazer uma análise fatorial exploratória utilizando a técnica dos componentes principais para a extração dos fatores, rotação *varimax*, seleção dos fatores com Kaizer-Meyer-Olkin (KMO) > 1 e coeficiente de correlação de 0,30. Foi considerado apenas o primeiro fator. Nesta análise, foi estimado um coeficiente de regressão para cada questão, e o escore de auto-eficácia foi calculado a partir da somatória dos produtos entre a questão e o respectivo coeficiente de regressão ( $\sum_{i=1}^{21} (\beta_i * A_i)$ ), onde  $\beta_i$  são os parâmetros/coeficientes de regressão e  $A_i$  são as questões do questionário de auto-eficácia ( $i = 1$  a 21). Finalmente, este escore foi padronizado através da transformação para um escore z. O escore padronizado é uma variável quantitativa contínua e pode variar de -1 a 1.
- 2) **Escore 2 de AE.** Somam-se os valores das respostas das 21 questões, subtrai-se desse valor o mínimo assumido

pela escala (no caso, zero), divide-se pela amplitude da escala (84-0), e então multiplica-se por 100. Este escore é uma variável quantitativa contínua e pode variar de 0 a 100.

### Análise dos dados

Na análise descritiva dos escores de AE, foram calculados médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos e o teste de aderência à curva normal (teste de Kolmogorov-Smirnov). Para as variáveis qualitativas, foram calculadas as proporções.

A consistência interna foi analisada usando o coeficiente alfa de Cronbach. Considera-se que o questionário tem uma boa consistência interna quando os alfas estão acima de 0,70<sup>11</sup>.

Para a validação, utilizaram-se as seguintes estratégias:

- 1) Os escores de AE foram comparados entre o grupo aderente (porcentagem média de adesão  $\geq 95\%$ ) e não aderente (porcentagem média  $< 95\%$ ) ao tratamento anti-retroviral. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney.
- 2) Os escores de AE foram correlacionados com marcadores clínicos – contagem de células de defesa CD4 e carga viral, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman. As variáveis CD4 e carga viral foram trabalhadas utilizando a transformação logarítmica.

Analisou-se a reprodutibilidade dos questionários comparando as médias dos escores nos dois momentos da pesquisa (teste-reteste) utilizando o teste de Wilcoxon. Também foi calculado o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) e feito o gráfico de Bland-Altman<sup>12</sup>.

### Resultados

Mais de 85% das pessoas que responderam à pesquisa foram os pais (pai/mãe, pais adotivos) sendo que 71,2% deles eram as próprias mães (biológicas ou adotivas). Somente 15% das entrevistadas tiveram como respondentes os tios/avós destas crianças/adolescentes.

A consistência interna do escore 1 foi de 0,88, e para o total das questões (escore 2) foi igual a 0,87, mostrando sua excelente consistência interna. O teste de aderência à curva normal evidenciou que tanto o escore 1 de AE como o escore 2 não apresentam distribuição normal ( $p = 0,005$  e  $p = 0,017$ , respectivamente).

Na análise fatorial, selecionou-se um único fator que explicou 31,34% da variância acumulada (Tabela 1). O escore 1 foi calculado a partir dos coeficientes de regressão listados na Tabela 1. Destaca-se que as questões 4, 5, 10, 13 e 20 não foram selecionadas para o cálculo do escore, pois apresentavam  $r < 0,30$ , ou seja, apresentavam fraca correlação com o modelo proposto.

Na comparação dos escores 1 e 2 de AE entre os grupos de crianças aderentes e não aderentes ao esquema ou tratamento anti-retroviral, verificou-se que as médias dos escores 1 e 2 de auto-eficácia foram maiores para o grupo aderente

ao tratamento quando comparado com o grupo não aderente, e as diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas (0,20 *versus* -0,97;  $p = 0,002$  para o escore 1 e 92,22 *versus* 78,70;  $p = 0,002$  para o escore 2) (Tabela 2).

Na análise da correlação dos escores 1 e 2 com as características clínicas, obteve-se uma correlação estatisticamente significativa entre o escore 2 e o CD4 ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,040$ ), ao passo que a correlação entre o escore 1 e o CD4 ficou próxima da significância estatística ( $r = 0,26$ ;  $p = 0,061$ ) (dados não apresentados). Com relação à carga viral, a análise foi realizada com 34 pacientes, pois 20 deles tiveram carga viral indetectável. Os coeficientes de correlação com os escores 1 e 2 de auto-eficácia apresentaram tendência decrescente (negativos), porém não estatisticamente significativos (dados não apresentados).

Na análise da reprodutibilidade, verificou-se que, para o escore 1 de AE (Tabela 3) não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o teste e o reteste. Já quando se analisa o escore 2, foi encontrada diferença significativa entre as médias do teste e do reteste (89,70 *versus* 92,47;  $p = 0,018$ ).

A Tabela 3 também mostra os coeficientes de correlação intraclasse entre os escores 1 e 2 de AE do teste e do reteste. Os coeficientes de correlação do escore 1 e do escore 2 foram significativos (0,69 e 0,75, respectivamente), mostrando boa reprodutibilidade do questionário de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral.

O gráfico de Bland-Altman (Figura 1) mostrou boa concordância entre o teste e o reteste para os escores de auto-eficácia.

Todas as análises de validação e de reprodutibilidade também foram feitas para as três faixas etárias (6 meses a 4 anos, 5 a 11 anos e 12 a 20 anos), e os resultados mostraram-se semelhantes aos descritos para a amostra total de crianças.

### Discussão

O objetivo deste estudo foi validar, para crianças e adolescentes, levando em conta a perspectiva dos pais/cuidadores, uma escala de adesão ao tratamento anti-retroviral proposta por Leite et al.<sup>7</sup> para pacientes adultos com HIV/AIDS, bem como testar sua reprodutibilidade. Esta escala foi adaptada para que os pais/cuidadores respondessem pelas crianças/adolescentes.

Pode-se colocar como uma limitação do estudo o fato de os pais/cuidadores responderem pelas crianças/adolescentes. Entretanto, a falta de desenvolvimento linguístico e cognitivo pode ser um impedimento para a auto-avaliação, e a recomendação é que os próprios pais/cuidadores/responsáveis, que convivem com estas crianças/adolescentes, respondam por eles<sup>9,10</sup>. Segundo Eiser & Morse<sup>10</sup>, podem ocorrer distorções entre as respostas dos pais e dos filhos, porém elas tendem a diminuir com a idade da criança, pois com o desenvolvimento de habilidades verbais,

**Tabela 1** - Análise fatorial do escore de auto-eficácia (CRT/SP, março de 2005)

<b>Itens da escala</b>	<b>Código</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Coefficientes de regressão</b>
Se a criança/adolescente estiver bem de saúde.	AE1	0,490	0,075
Se o vírus no sangue da criança/adolescente for tão pouco que não aparece na carga viral.	AE2	0,718	0,109
Se a criança/adolescente estiver aborrecida e se sentindo para baixo.	AE3	0,719	0,109
Se a criança/adolescente for discriminada ou rejeitada.	AE4	Não selecionado	Não selecionado
Se a criança/adolescente estiver ocupada ou se divertindo.	AE5	Não selecionado	Não selecionado
Se a criança/adolescente estiver em viagem de passeio ou de trabalho.	AE6	0,476	0,072
Se a criança/adolescente estiver na rua.	AE7	0,688	0,104
Se a criança/adolescente estiver se sentindo doente.	AE8	0,632	0,096
Se a criança/adolescente estiver com alguém que você não quer que saiba que ela é portadora do vírus da AIDS.	AE9	0,703	0,107
Se a criança/adolescente tiver de tomar muitos comprimidos.	AE10	Não selecionado	Não selecionado
Se a criança/adolescente estiver nervosa ou irritada.	AE11	0,683	0,104
Se a criança/adolescente mudar muito de médico que a atende.	AE12	0,567	0,086
Se a criança/adolescente tiver de tomar remédios várias vezes por dia.	AE13	Não selecionado	Não selecionado
Se a criança/adolescente estiver com pessoas estranhas.	AE14	0,758	0,115
Se o remédio for difícil de engolir.	AE15	0,549	0,083
Se for feriado ou fim de semana.	AE16	0,667	0,101
Se a criança/adolescente tiver de mudar o horário de comer ou de dormir.	AE17	0,529	0,080
Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte.	AE18	0,462	0,070
Se a criança/adolescente estiver fazendo coisas fora da rotina.	AE19	0,666	0,101
Se a criança/adolescente estiver com alguém que acha bobagem tomar esses remédios.	AE20	Não selecionado	Não selecionado
Se os remédios estiverem causando efeito ruim.	AE21	0,677	0,103
% da variância acumulada		31,341	-
$\alpha$ Cronbach com todos os itens/questões		0,875	-

CRT/SP = Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo.

**Tabela 2** - Comparação de médias dos escores de auto-eficácia em relação aos pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento anti-retroviral (CRT/SP, março de 2005)

Escores de auto-eficácia / Grupo	n	Média (DP)	p*
Escore 1			
Aderente	45	0,20 (0,77)	
Não aderente	9	-0,97 (1,45)	0,002
Escore 2			
Aderente	45	92,22 (10,77)	
Não aderente	9	78,70 (14,60)	0,002

CRT/SP = Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo; DP = desvio padrão.

\* Teste de Mann-Whitney.

a criança passa a descrever melhor suas experiências e emoções aos pais/cuidadores. Neste estudo, optou-se por colocar a visão dos pais/cuidadores, por ser esta a recomendação quando se trabalha com crianças/adolescentes.

Embora tenham ocorrido algumas perdas, acredita-se que não houve viés de seleção por perdas, pois a maioria das pessoas que passou em consulta foi entrevistada (93,8%). Dos 38 pacientes que não entraram na pesquisa, 35 nem sequer estavam passando em consulta de rotina pelo serviço, pois eram faltosos ou haviam se mudado para outras cidades. Assim, pode-se descartar a possibilidade de que somente os mais interessados participaram da pesquisa.

A boa consistência interna da escala de AE na amostra total de crianças e adolescentes ( $\alpha = 0,87$ ) evidencia a alta correlação entre os itens da escala, sugerindo que ela é confiável para medir auto-eficácia em crianças e adolescentes com HIV/AIDS, levando em consideração a perspectiva dos pais/cuidadores. O alfa de Cronbach obtido para a amostra total foi semelhante àquele encontrado no estudo de Leite et al.<sup>7</sup>.

Na análise fatorial da escala, obteve-se um único fator que explicou 31% da variância acumulada. Obteve-se, nesta análise, a geração do escore padronizado de auto-eficácia. No estudo de Leite et al.<sup>7</sup>, na análise fatorial da escala, obteve-se um fator que explicou mais de 50% da variância acumulada e a geração do escore padronizado de auto-eficácia. Conclui-se que os resultados da análise fatorial são semelhantes ao do estudo que validou a escala de auto-eficácia.

A escala de AE conseguiu discriminar crianças/adolescentes aderentes ao tratamento anti-retroviral daqueles não aderentes, tanto usando o escore 1 quanto o escore 2. Para ambos, os escores médios de auto-eficácia foram menores para os pacientes não aderentes ao tratamento anti-retroviral, quando comparados com os pacientes aderentes. Esses achados sugerem que as crianças/adolescentes aderentes ao tratamento anti-retroviral têm maior expectativa de auto-eficácia do que aqueles não aderentes. Estes resultados são semelhantes aos encontrados no estudo que originou a escala<sup>3</sup>.

Os autores da escala de auto-eficácia não a correlacionaram com parâmetros clínicos, porém neste estudo esta análise foi verificada.

Compatível com a hipótese de que pacientes aderentes ao tratamento anti-retroviral têm uma boa resposta com diminuição da carga viral e aumento dos níveis de células CD4<sup>10,11</sup>, os escores 1 e 2 de auto-eficácia foram correlacionados com o valor do CD4 (respectivamente,  $p = 0,061$  e  $p = 0,040$ ), indicando boa resposta ao tratamento anti-retroviral.

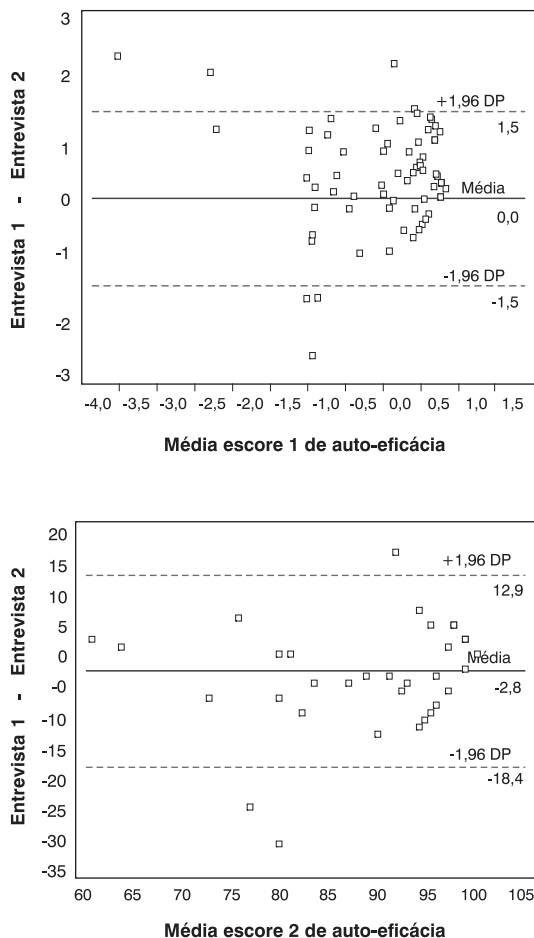
A análise da reprodutibilidade da escala de AE também foi inédita neste estudo, pois o estudo que gerou a escala não a analisou. Não houve diferença estatisticamente significativa na média do escore 1 de auto-eficácia quando se comparou a primeira e a segunda entrevista. Já para o escore 2 de auto-eficácia, ocorreu uma diferença de média estatisticamente

**Tabela 3** - Comparação teste-reteste entre os escores de auto-eficácia e coeficientes de correlação intraclassa (CRT/SP, março de 2005)

Escore	n	Teste Média (DP)	Reteste Média (DP)	p*	CCI	p
Escore 1	43	0,01 (0,89)	0,00 (1,00)	0,828	0,69	< 0,001
Escore 2	43	89,70 (11,83)	92,47 (10,07)	0,018	0,75	< 0,001

CCI = coeficiente de correlação intraclassa; CRT/SP = Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo; DP = desvio padrão.

\* Teste de Wilcoxon.



AE = auto-eficácia

**Figura 1** - Gráfico Bland-Altman mostrando escore 1 (a) e escore 2 (b) de auto-eficácia

significativa entre as duas entrevistas. Esta diferença ocorreu devido aos escores de auto-eficácia de dois pacientes que foram 65 e 89% na primeira entrevista, e 95 e 100% na segunda entrevista.

Os coeficientes de correlação intraclass dos escores 1 e 2 de AE foram estatisticamente significativos tanto para a amostra total como para as faixas etárias. Estes resultados mostram que ambos se mantiveram estáveis entre as duas entrevistas, evidenciando-se, assim, uma boa reprodutibilidade.

Concluindo, a escala de AE apresentou uma boa consistência interna e boa reprodutibilidade para a amostra de crianças e adolescentes com HIV/AIDS e pode ser utilizada para identificar pacientes com maior risco para a não adesão ao tratamento anti-retroviral.

Sugere-se, para a rotina clínica, que seja utilizado o escore (aqui denominado) 2 de auto-eficácia. Isso por que este escore é calculado por uma fórmula pré-definida e facilmente aplicável. Já o escore 1 – que foi estimado através da análise

fatorial – é um escore composto pelas questões que mais se correlacionaram com o mesmo, sendo necessário que o pesquisador tenha familiaridade com análise fatorial, além do uso de um pacote estatístico.

## Referências

- Matida LH, da Silva MH, Tayra A, Succi RC, Gianna MC, Gonçalves A, et al. [Prevention of mother-to-child transmission of HIV in São Paulo State, Brazil: an update](#). *AIDS*. 2005;19 suppl 4: S37-41.
- Gibb DM, Goodall RL, Giacomet V, McGee L, Compagnucci A, Lyall H; Paediatric European Network for Treatment of Aids Steering Committee. [Adherence to prescribed antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus-infected children in the PENTA 5 trial](#). *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22:56-62.
- Pluciennik AM. *Transmissão materno infantil do vírus da imunodeficiência humana adquirida: quanto custa não prevenir [tese]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.
- Dyke RBV, Lee S, Johnson GM, Wiznia A, Mohan K, Stanley K, et al. [Reported adherence as a determinant of response to highly active antiretroviral therapy in children who have human immunodeficiency virus infection](#). *Pediatrics*. 2002;109(4):1-7.
- Starace F, Massa A, Amico KR, Fisher JD. [Adherence to antiretroviral therapy: an empirical test of the information-motivation-behavioral skills model](#). *Health Psychol*. 2006; 25:153-62.
- Shah CA. [Adherence to high activity antiretroviral therapy \(HAART\) in pediatric patients infected with HIV: issues and interventions](#). *Indian J Pediatr*. 2007;74:55-60.
- Leite JC, Drachler ML, Centeno MO, Pinheiro CA, Silveira VL. [Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral](#). *Psicol Reflex Crit*. 2002;15:121-33.
- Bandura A. [Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change](#). *Psychol Rev*. 1977;84:191-215.
- Gortmaker SL, Lenderking WR, Clark C, Lee S, Fowler MG, Oleske JM; The ACTG 219 Team. Development and use of a pediatric quality of life questionnaire in AIDS clinical trials: reliability and validity of the general health assessment for children. In: Drotar D. *Measuring health-related quality of life in children and adolescents: implications for research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998. p. 219-35.
- Eiser C, Morse R. [Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood](#). *Health Technol Assess*. 2001;5:1-95.
- Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Drotar D, Levi R. Critical issues and needs in health-related quality of life assessment of children and adolescents with chronic health condition. In: Drotar D. *Measuring health-related quality of life in children and adolescents: implications for research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998. p. 3-23.

Correspondência:

Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre  
Departamento de Epidemiologia  
Faculdade de Saúde Pública - USP  
Av. Dr. Arnaldo, 715  
CEP 01246-904 – São Paulo, SP  
Tel.: (11) 3066-7744  
E-mail: mdrddola@usp.br