

PSICOLOGIA ARGUMENTO

periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento



Adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV: uma intervenção com profissionais da saúde

*Adherence to treatment of people living with HIV: an
intervention with health professionals*

*Adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH:
intervención con profesionales de la salud*

WHIGNEY EDMILSON DA COSTA ^[A] 

BRASÍLIA, DF, BRASIL

^[A] UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB), INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ELIANE MARIA FLEURY SEIDL ^[B] 

BRASÍLIA, DF, BRASIL

^[B] UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB), INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Como citar: COSTA, W. E.; SEIDL, E. M. F. Adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV: uma intervenção com profissionais da saúde. *Psicologia Argumento*, 43(123). 1199-1214, 2025. <https://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.43.123.AO07>.

Resumo

Atualmente, a infecção pelo vírus HIV possui um caráter crônico e potencialmente controlável, sendo que a eficácia do tratamento depende da adesão consistente e contínua. O objetivo foi analisar os efeitos de uma intervenção, implementada por meio de uma oficina sobre adesão ao tratamento, quanto à percepção e aos conhecimentos de trabalhadores de uma instituição especializada em infectologia, acerca da influência e corresponsabilização da equipe sobre o processo de adesão em pessoas vivendo com HIV. O delineamento foi quali-quantitativo, com avaliação pré e pós-intervenção, sem grupo controle. Participaram oito trabalhadoras da instituição com formações distintas. Foram utilizados questionários com questões abertas

^[A] Doutorando em Psicologia pela UnB, e-mail: whigney10@hotmail.com

^[B] Doutora em Psicologia pela UnB, e-mail: eliane.seidl@gmail.com

e fechadas. Metodologias pedagógicas ativas nortearam o trabalho na oficina nos nove encontros. Análises quantitativas e qualitativas foram realizadas. Resultados não mostraram diferença significativa entre as médias nas fases pré e pós-teste. As análises qualitativas revelaram mudanças nas categorias identificadas a partir das respostas obtidas na pré e pós-intervenção, além de relatos de satisfação com a atividade. As limitações do estudo deveram-se à ausência de grupo controle e de follow up. Poucos estudos adotam como foco a corresponsabilização do profissional de saúde no processo de adesão, além de ser necessário a implementação de ações de educação permanente para a capacitação de profissionais de saúde em serviços em HIV/aids.

Palavras-chave: HIV/aids; adesão ao tratamento; intervenção grupal; profissionais de saúde.

Abstract

Currently, HIV infection is chronic and potentially controllable, and the effectiveness of treatment depends on consistent and continuous adherence. The objective was to analyze the effects of an intervention, implemented through a workshop on treatment adherence, on the perception and knowledge of workers at an institution specializing in infectious diseases, regarding the influence and co-responsibility of the team on the adherence process in people living with HIV. The design was quali-quantitative, with pre- and post-intervention assessments, without a control group. Eight workers from the institution with different backgrounds participated. Questionnaires with open and closed questions were used. Active pedagogical methodologies guided the work in the workshop in the nine meetings. Quantitative and qualitative analyses were performed. The results showed higher values in the post-intervention phase, both in the mean scores and in the individual analysis of knowledge and adherence to treatment, but without statistical difference. Qualitative analyses revealed changes in the categories identified from the responses obtained before and after the intervention, in addition to reports of satisfaction with the activity. The limitations of the study were due to the absence of a control group and follow-up. Few studies focus on the co-responsibility of health professionals in the adherence process, in addition to the need to implement continuing education actions to train health professionals in HIV/AIDS services.

Keywords: HIV/AIDS; adherence to treatment; group intervention; health professionals.

Resumen

Actualmente, la infección por VIH tiene una naturaleza crónica y potencialmente controlable, y la eficacia del tratamiento depende de su cumplimiento consistente y continuo. El objetivo fue analizar los efectos de una intervención, implementada a través de un taller sobre adherencia al tratamiento, sobre la percepción y el conocimiento de los trabajadores de una institución especializada en enfermedades infecciosas, sobre la influencia y corresponsabilidad del equipo, sobre el proceso de adherencia en personas que viven con VIH. El diseño fue cualitativo-cuantitativo, con evaluación pre y postintervención, sin grupo control. Participaron ocho trabajadores de la institución con diferentes trayectorias. Se utilizaron cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas. Metodologías pedagógicas activas guiaron el trabajo del taller en las nueve reuniones. Se realizaron análisis cuantitativos y cualitativos. Los resultados mostraron valores superiores en la fase postintervención, tanto en las puntuaciones medias como en el análisis individual del conocimiento y adherencia al tratamiento, pero sin diferencia estadística. Los análisis cualitativos revelaron cambios en las categorías identificadas a partir de las respuestas obtenidas en el pre y postintervención, además de informes de satisfacción con la actividad. Las limitaciones del estudio se debieron a la ausencia de un grupo control y de seguimiento. Pocos estudios se centran en la corresponsabilidad de los profesionales de la salud en el proceso de adherencia, además de la necesidad de implementar acciones de educación continua para capacitar a los profesionales de la salud en los servicios de VIH/SIDA.

Palabras clave: VIH/SIDA; adherencia al tratamiento; intervención grupal; profesionales de la salud.

1. Introdução

Devido aos altos índices de incidência e prevalência, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é considerada um problema de saúde pública (Moraes, Cabral, Oliveira, & Souza, 2021). De acordo com dados do boletim epidemiológico (Brasil, 2024), de 1980 até junho de 2024, foram registrados 1.165.599 casos de aids. O país tem apresentado, nos últimos cinco anos, uma média anual de 36 mil novos casos.

Desde a sua descoberta, na década de 1980, avanços foram conquistados, atribuindo à infecção pelo vírus HIV um caráter crônico e potencialmente controlável, por meio do surgimento da terapia antirretroviral (TARV). Dessa forma, as mudanças relacionadas ao desfecho do diagnóstico de HIV dependeram de esforços coletivos e a implementação de políticas públicas, como o programa brasileiro de distribuição universal e gratuita da TARV para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (Cunha & Cruz, 2022).

Outro importante fator que contribuiu para diminuição da transmissão do vírus HIV (pela supressão da carga viral) e do adoecimento em decorrência da aids foi a implementação da estratégia tratamento como prevenção ou tratamento para todos, formalizada por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Brasil, 2013), que orientava o início do tratamento após o diagnóstico, independente dos valores da carga viral plasmática e dos níveis de linfócitos T CD4+. Assim, as evidências científicas revelaram que a adesão à TARV e a supressão contínua da carga viral acarretam risco nulo (indetectável = intransmissível) de transmissão do HIV por via sexual (Brasil, 2018a; Broyles, Luo, Boeras, & Vojnov, 2023).

1.1 Adesão ao Tratamento: Conceituação e Variáveis Associadas

A adesão pode ser compreendida como um processo complexo e colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado esquema terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre a terapia. Nas PVHIV, conceitua-se que a adesão consiste na utilização ideal dos medicamentos antirretrovirais da forma mais próxima possível àquela prescrita pela equipe de saúde, de forma que as doses, horários e demais condutas sejam respeitados (Brasil, 2018a). Contudo, faz-se necessário destacar o caráter dinâmico, multifatorial e a forma como o construto adesão se relaciona com aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, em um processo que envolve a PVHIV, a equipe de saúde e a rede de apoio social no compartilhamento e corresponsabilização de decisões (Brasil, 2008; Seidl & Remor, 2020).

Apesar dos fatores que podem interferir no processo de adesão serem amplamente discutidos na literatura sobre o assunto (Carvalho, Barroso, Coelho, & Penaforte, 2019; Santos, Carneiro, Vieira, Souza & Gonçalves, 2020), nota-se que fatores associados ao usuário têm recebido maior visibilidade nos estudos realizados, o que pode favorecer um processo de culpabilização direcionada majoritariamente, ou exclusivamente, ao sujeito pela adesão insatisfatória ao tratamento (Duarte, Oliveira, & Silva, 2022). A pesquisa exploratória, de caráter qualitativo, realizada por Duarte et al. (2022) em uma unidade de infectologia de um hospital público de Salvador (BA), teve a participação de sete profissionais. Os achados apontaram que estes percebiam a não adesão ao tratamento dos pacientes com predominância de uma perspectiva individualista e racionalista do fenômeno, além de apresentarem certa dificuldade em lidar com pacientes com adesão insatisfatória.

Miranda, Oliveira, Quirino, Oliveira, Pereira e Cavalcante (2022) realizaram um estudo transversal com abordagem quantitativa em um serviço de atenção especializada, de um município do interior do Ceará. A amostra foi de 230 usuários e objetivou compreender as vulnerabilidades presentes nas suas vivências e o impacto na adesão. Quanto à dimensão individual da vulnerabilidade, houve associação entre presença de suporte social e adesão satisfatória ao tratamento. Acerca dos elementos da vulnerabilidade social, destacaram-se a baixa escolaridade e a baixa renda familiar como preditores de uma adesão insatisfatória. Quanto à vulnerabilidade programática, houve relação entre o bom funcionamento do serviço, disponibilidade de medicação na unidade de saúde e a qualidade do atendimento dos profissionais de saúde e melhores níveis de adesão.

Dessa forma, mesmo com a quantidade de pesquisas que abordam a adesão em PVHIV, aspectos como o papel da equipe de saúde, a sua participação e corresponsabilização no processo de adesão tem sido pouco discutido no âmbito científico. Assim, mesmo estudos com enfoque na equipe de saúde, nota-se que o profissional tende a perceber variáveis externas à sua atuação (questões socioeconômicas, culturais e medo do preconceito) ao considerar as influências presentes no processo de adesão (Polejack, Machado, Santos, & Guambe, 2020).

1.2 Educação Permanente em Saúde e Capacitação de Profissionais para a Adesão

No processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de capacitação de profissionais para lidar com a temática da adesão, há necessidade do desenvolvimento de habilidades e competências para que condutas de acolhimento, pautadas na humanização e na assertividade sejam estabelecidas. Vale destacar que são importantes neste processo o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, integralidade e equidade, que se coadunam ao conceito de adesão adotado no presente artigo. Todavia, fazer valer tais práticas, por vezes, esbarra nas condutas diárias, rotineiras e tradicionais de atenção em saúde, além de predominar, muitas vezes, os modelos de ensino-aprendizagem mais clássicos embasados na pedagogia bancária (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2020).

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), compreende-se a EPS “como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho” (Brasil, 2018b, p. 10). Além de investigar a compreensão dos profissionais sobre os fatores que favorecem ou dificultam o processo de adesão de PVHIV ao tratamento, percebe-se a necessidade da ampliação dos estudos de caráter interventivo com a equipe de saúde, visando sensibilizá-las e capacitá-las acerca da temática, a fim de que o foco não fique direcionado somente aos usuários (Zuge, Paula, & Padoin, 2020).

1.3 Práticas Pedagógicas na Formação e Capacitação em Saúde

Acerca do desenvolvimento de intervenções com os profissionais de saúde, destaca-se a necessidade de oficinas e atividades que se fundamentem em metodologias pedagógicas ativas, a fim de favorecer um maior engajamento e comprometimento dos participantes.

Metodologias pedagógicas participativas valorizam a participação ativa do educando no processo de aprendizagem, propiciando o desenvolvimento de habilidades, tanto de usuários de serviços de saúde em ações de prevenção e de autocuidado, quanto de trabalhadores da área de saúde em processos de educação permanente (Polejack & Seidl, 2015, p. 264).

Além disso, destacam-se intervenções que se utilizem da psicoeducação enquanto uma metodologia de construção de conhecimento à medida que informa, mas também valoriza a experiência profissional (Lemes & Netto, 2017; Ravaoli & Borges, 2022). Ademais, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade são indispensáveis para o raciocínio clínico de um profissional de saúde que trabalhe com o processo de adesão.

As metodologias ativas surgem como uma possibilidade de promover aprendizagens significativas e críticas no contexto do SUS, regulamentadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Este tipo de modalidade pedagógica é, fundamentalmente, um método alternativo ao modelo tradicional de ensino e sua implementação envolve trabalhos em grupo, equipes e ações em rede, experimentação e problematização da realidade, seminários, dinâmicas de grupo e oficinas. Além disso, as metodologias ativas prezam pelo alinhamento entre teoria e prática, bem como o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), a fim de favorecer o seu desenvolvimento (Jacobovski & Ferro, 2021).

Com base nas ideias delineadas, o presente estudo teve como objetivo analisar os efeitos de uma intervenção, implementada por meio de uma oficina sobre adesão ao tratamento, quanto à percepção e aos conhecimentos de

trabalhadores de saúde de uma instituição especializada em infectologia, acerca da influência e corresponsabilização sobre o processo de adesão em PVHIV.

2. Método

Trata-se de estudo quali-quantitativo com avaliação pré e pós-intervenção, sem grupo controle. Estratégias de coleta e de análise de dados quantitativas e qualitativas foram aplicadas.

2.1 Participantes

A amostra de conveniência contou com trabalhadores selecionados com base em sua disponibilidade e motivação para participar da atividade de uma unidade hospitalar especializada em infectologia. Após a explicação sobre a proposta de intervenção e a realização dos convites, 10 trabalhadores aceitaram participar. Todavia, dois profissionais compareceram a apenas um encontro e, por faltas consecutivas, desistiram de participar com a justificativa de que não possuíam tempo disponível, ou que o horário da oficina interferia negativamente em sua rotina de trabalho. Assim, a atividade contou efetivamente com oito participantes que se identificaram como pertencentes ao gênero feminino e cisgênero. A idade variou de 28 a 49 anos ($M = 36,13$; $DP = 7,90$). Sobre o nível de educação formal, uma participante possuía ensino superior completo, quatro participantes possuíam especialização lato sensu, duas possuíam mestrado e uma participante possuía doutorado.

Sobre as profissões, foram profissionais das áreas de enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia e serviço social. Acerca da área de atuação na instituição, havia participantes que ocupavam cargos de gestão, áreas assistencial e administrativa. Sobre o contato direto com PVHIV, seis participantes informaram possuir contato direto com este público e duas negaram tal contato. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, as respostas variaram de dois até 9 anos ($M = 5,13$; $DP = 2,85$). Sobre a realização de curso ou atividade de capacitação sobre a temática adesão a tratamento, duas participantes assinalaram já ter participado, sendo que seis participantes negaram participação prévia.

Como o estudo teve por objetivo trabalhar com profissionais da equipe, a fim de abarcar a maior diversidade de profissões possíveis, os critérios de inclusão foram amplos. Dessa forma, estes abarcaram trabalhadores que atuavam na instituição há pelo menos um ano, além de possuírem disponibilidade para participar das oficinas nos dias e horários previstos. Foram excluídos da participação na oficina apenas os trabalhadores que não possuíam disponibilidade para comparecer nas oficinas nos dias e horários previstos e não demonstraram interesse no tema.

2.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma unidade hospitalar especializada em infectologia no município de Goiânia, que oferece serviços no campo da saúde pública, prestando atendimento eletivo e de emergência de média e alta complexidade em infectologia e dermatologia sanitária. Além de oferecer atendimento em nível de pronto socorro, internação e ambulatório para PVHIV, a instituição conta com uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), a farmácia ambulatorial, para dispensação de TARV dos usuários.

2.3 Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos. Questionário que incluiu questões sobre idade, gênero, profissão, formação, área de atuação no contexto institucional, tempo de atuação na instituição, realização de capacitação ou curso sobre adesão ao tratamento.

Questionário sobre conhecimento e percepção acerca de sua influência e corresponsabilização no processo de adesão da PVHIV. Questionário semiestruturado, elaborado para o estudo, não validado, com questões abertas e fechadas, autoaplicável, em que fatores relacionados às dimensões da adesão foram apresentados. Foram quatro questões abertas, versando sobre conceito de adesão, e relação profissional de saúde-usuário e adesão. No caso das questões fechadas, foram 20 itens com respostas em escala de quatro pontos que variavam de nada (zero) a bastante (três) sobre situações e dimensões que afetam a adesão a tratamento (Exemplo: complexidade do tratamento; presença de apoio social; relação insatisfatória do profissional de saúde com o usuário). O escore foi calculado pela soma das respostas aos itens, sendo que valores mais altos representavam percepção mais ampla acerca da complexidade dos fatores que afetam o processo de adesão. Como são diversas as dimensões da adesão, houve um destaque para as que abarcaram a relação entre profissionais de saúde e usuário, fundamentais para nortear o processo de intervenção. Além disso, uma quinta questão aberta solicitava que o participante elencasse, em ordem crescente, os três principais fatores que mais influenciavam a adesão ao tratamento em HIV/aids, segundo sua visão e conhecimento.

Formulário de avaliação de processo da intervenção. Formulário para avaliação da oficina aplicado após cada encontro, respondido de forma anônima pelas participantes. Tal formulário possuía três questões abertas: que bom (o que gostou no encontro, pontos fortes), que pena (o que não gostou no encontro, pontos frágeis), que tal (o que mudar ou adaptar para os encontros futuros).

2.4 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) com os números de parecer 5.741779 e 5.892.443. Foi garantido ao participante que suas informações seriam utilizadas exclusivamente para fins científicos, assegurando o sigilo de suas identidades. Os que aceitaram participar do estudo foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que afirmou o direito ao sigilo do participante e a responsabilidade ética do pesquisador frente aos dados coletados.

2.5 Procedimentos

Inicialmente foi feito um estudo piloto para contribuir na construção do instrumento semiestruturado que foi aplicado, em um número reduzido de trabalhadores (dois), a fim de que fossem identificadas necessidades de aprimoramento na elaboração do instrumento. Após apurado os dados da aplicação na etapa piloto, os profissionais para participar da pesquisa foram convidados. Foram selecionados, inicialmente, 10 trabalhadores da instituição. Todavia, devido à indisponibilidade para seguir com a intervenção, a seleção em seu final contou com oito trabalhadores. Os participantes que aceitaram o convite, receberam o link do Google Forms para responder de maneira online aos instrumentos, com duração média de 20 minutos. Tais respostas auxiliaram na compreensão do pesquisador acerca dos conhecimentos sobre o tema e a percepção destes profissionais sobre o processo de adesão ao tratamento em PVHIV e a sua corresponsabilização.

Com base na análise dos dados obtidos mediante a aplicação do questionário, a proposta de intervenção foi estruturada, visando abarcar as questões mais emergentes em relação ao tema, com foco na corresponsabilização do profissional frente ao processo de adesão. A intervenção ocorreu na brinquedoteca da instituição com encontros em grupo, em frequência semanal e com duração de 90 minutos. Foram realizados nove encontros. Após finalização da intervenção, houve uma segunda aplicação dos instrumentos, também via Google Forms. Os dados foram tabulados e analisados, além de ocorrer a comparação com os resultados obtidos na primeira aplicação do instrumento.

2.6 Intervenção

A intervenção teve temas trabalhados nos nove encontros, sendo que a abordagem foi feita por meio de técnicas pedagógicas com base em metodologias ativas (Polejack & Seidl, 2015), incluindo troca de experiências entre os integrantes, trabalhos em subgrupos e em grande grupo, estudos de caso, role playing, dinâmicas de grupo, uso de materiais lúdicos (colagens, pinturas) — mediadas pelo pesquisador que foi o facilitador da intervenção —, bem como momentos expositivos dialogados. Ademais, todas as técnicas tiveram por base o processo de psicoeducação, a fim de que crenças fossem desmistificadas e informações com embasamento científico fossem reforçadas.

De forma sintética, os encontros do grupo estão descritos a seguir:

1º Encontro. Objetivos: Conhecer os membros do grupo. Esclarecer sobre a proposta de intervenção e seus objetivos e apreender sobre as expectativas dos membros acerca do processo interventivo.

2º Encontro. Objetivos: Conhecer a percepção dos participantes sobre seu nível de conhecimento e compreensão acerca do HIV/aids. Abordar aspectos relacionados aos processos biológicos, psicossociais e históricos do HIV/aids.

3º Encontro. Objetivos: Investigar o entendimento dos participantes acerca do conceito de adesão ao tratamento. Esclarecer conceitos fundamentais e princípios norteadores sobre a temática da adesão de maneira participativa e dialogada.

4º Encontro. Objetivos: Trabalhar em torno do diagnóstico de HIV, seu impacto e repercussão sobre a adesão. Esclarecer os fatores que podem facilitar ou dificultar o processo de adesão ao tratamento, bem como as dimensões que compõe o processo de adesão.

5º Encontro. Objetivos: Abordar dentro da vivência com HIV/aids, grupos que necessitam de especial atenção. Esclarecer sobre o trabalho realizado pelo Setor de Adesão da instituição.

6º Encontro. Objetivos: Abordar a percepção dos participantes acerca dos fatores presentes no sistema de saúde e na instituição que podem atuar de maneira a favorecer ou dificultar o processo de adesão ao tratamento. Refletir acerca das habilidades e competências necessárias do profissional de saúde e equipe de saúde.

7º Encontro. Objetivos: Trabalhar a forma como o profissional de saúde representa um aspecto que pode favorecer ou dificultar o processo de adesão ao tratamento. Reforçar a noção de corresponsabilização que o profissional de saúde possui em relação ao processo de adesão ao tratamento.

8º Encontro. Objetivo: Articular e debater os pontos abordados nos encontros anteriores por meio da realização de estudos de caso com dramatização.

9º Encontro. Objetivos: Identificar a percepção dos membros acerca da oficina e dos encontros realizados. Realizar o encerramento da oficina.

2.7 Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25.0 para Windows, utilizando estatística descritiva e inferencial. Após a composição dos escores do instrumento para cada participante, houve a comparação das fases pré e pós-intervenção, em que foram utilizados testes não-paramétricos em função do baixo número de participantes (Field, 2009). O teste de Wilcoxon foi utilizado para avaliar a existência de diferenças entre os momentos pré e pós-intervenção do grupo. O nível de significância foi de 5%. A análise qualitativa foi realizada a partir do conteúdo das perguntas abertas, com base no referencial de Bardin (2016). As respostas às questões abertas foram, após leitura flutuante, tabuladas nas fases pré e pós-intervenção. Dois pesquisadores, de forma independente, leram as respostas e estabeleceram categorias de sentido por meio da análise das respostas escritas, buscando trechos ilustrativos das categorias identificadas. Posteriormente, houve a comparação entre as categorias estabelecidas a fim de que fossem avaliadas as congruências e divergências entre ambos. Por fim,

houve a síntese das ideias para o estabelecimento das categorias finais, com suas respectivas definições, contagem de frequência e exemplos de relatos que ilustravam as diversas categorias.

3. Resultados

A seção Resultados apresenta a frequência de presença das participantes durante os encontros da intervenção, além da divisão das análises em duas partes: a primeira com as análises quantitativas e a segunda com as análises qualitativas referentes às questões abertas do instrumento de avaliação aplicado antes e depois da oficina. A parte qualitativa inclui também a avaliação de processo, mediante avaliação feita ao final de cada encontro. Os participantes foram identificados como P1 a P8.

Acerca da frequência de presença das participantes, em relação aos nove encontros, as maiores frequências de presença foram compostas pelas participantes P2, P5 e P8 (100%), que não faltaram a nenhum dos nove encontros. Em seguida, P1 e P4 (88,9%), estiveram presentes em oito encontros. A participante P3 (77,8%) esteve presente em sete encontros e P6 (66,7%) esteve presente em seis encontros. Somente a participante P7 (44,44%) obteve uma frequência menor que 50%, pois esteve presente em quatro encontros.

3.1 Análises Quantitativas

Os escores do questionário sobre conhecimento e percepção acerca de sua influência e corresponsabilização no processo de adesão da PVHIV foram calculados para cada participante, nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção (Tabela 1). Ao analisar o escore médio pré-intervenção (49,0) e o pós-intervenção (51,38), notou-se que houve um aumento de 2,38 no escore do grupo. Analisando os resultados de cada participante, destaca-se que a mudança mais relevante ocorreu com P5, com escore 50 na pré-intervenção e 60 após o término do grupo, escore máximo possível de ser obtido. Outros quatro participantes obtiveram aumento nos escores no pós-teste, revelando visão mais abrangente acerca dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento em HIV/aids, diferentemente de P2, P7 e P8.

Tabela 1 - Escore médio do grupo e escores dos oito participantes, antes e após a intervenção (N = 8)

Participantes	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Diferença dos dois momentos
Escore médio (DP)	49,0 (6,84)	51,38 (10,36)	+2,38
P1	57	60	+3,0
P2	40	40	zero
P3	52	59	+7,0
P4	52	56	+4,0
P5	50	60	+10,0
P6	57	59	+ 2,0
P7	43	40	-3,0
P8	41	37	-4,0

Fonte: Autores (2025)

As respostas do grupo nas fases pré e pós-intervenção, foram analisadas pelo teste de Wilcoxon Signed Rank para avaliar em que medida as respostas assinaladas pelas participantes foram diferentes nos dois momentos. A hipótese era que, após a intervenção, o escore médio sobre conhecimento e percepção acerca da influência e corresponsabilização dos profissionais no processo de adesão seria significativamente maior. Na pré-intervenção os valores foram: M = 49,0; DP = 6,84; Mdn = 51,0. Na fase pós-intervenção, os valores foram: M = 51,38; DP = 10,36; Mdn

= 57,50. Não obstante aumento no segundo momento, no escore médio e na mediana, os resultados não foram estatisticamente significativos ($z = -1,187$; $p = 0,235$), não confirmando a hipótese.

3.2 Análises Qualitativas

O questionário contou com questões abertas que foram respondidas nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção. A primeira pergunta aberta, indagava: “Para você, o que significa o processo de adesão ao tratamento?”. Três categorias foram identificadas na fase pré-intervenção: concepção biomédica de adesão; definição insuficiente de adesão; conceituação mais abrangente, mas com foco no tratamento medicamentoso. Na fase pós-intervenção, duas categorias foram estabelecidas: adesão como um fenômeno complexo e multideterminado; definição insuficiente de adesão (Tabela 2).

Tabela 2 - Categorias referentes à noção de adesão ao tratamento dos participantes nas fases pré e pós-intervenção

Pré-intervenção			
Categoria	Freq.	Definição	Exemplo de relato
Concepção biomédica de adesão	3	O conceito de adesão está pautado no modelo biomédico do processo saúde-doença, em que o usuário é percebido como sujeito passivo em seu tratamento, devendo acatar/seguir as condutas estabelecidas pela equipe.	<i>Significa o paciente aderir ao plano de cuidados traçado por equipe multidisciplinar para o alcance das metas terapêuticas (P2)</i>
Definição insuficiente de adesão	3	O conceito de adesão foi definido de maneira pouco explícita, vaga.	<i>Acolhimento (P5)</i>
Conceito mais abrangente, mas com foco no tratamento medicamentoso	2	Conceituação mais abrangente de adesão, mas focalizando o seguimento satisfatório do tratamento medicamentoso	<i>Entender o processo da doença, conscientização da importância do tratamento e as consequências que a não aderência ao tratamento acarretará em sua saúde (P1)</i>
Pós-intervenção			
Categoria	Freq.	Definição	Exemplo de relato
Adesão como fenômeno complexo e multideterminado	5	Conceito se aproxima do que é preconizado pela literatura, em que adesão é compreendida em seus aspectos complexos, dinâmicos e multideterminados	<i>O processo de adesão é amplo e complexo, vai muito além de só aderir ao tratamento proposto. Ele se inicia desde a notícia do diagnóstico e passa por todo processo de atendimento ao paciente, seja psicológico, nutricional, entre outros (P2)</i>
Definição insuficiente de adesão	3	O conceito de adesão foi definido de maneira pouco explícita, vaga.	<i>Quando as expectativas e comportamentos do paciente coincidem com o tratamento proposto (P7)</i>

Fonte: Autores (2025)

Uma segunda questão aberta indagou: “Na sua opinião, qual(ais) fator(es) mais influenciam no processo de adesão?”. A análise das respostas identificou, na pré-intervenção, quatro categorias: “aspectos da pessoa e da relação profissional-usuário”; “aspectos da pessoa e de ordem programática”; “aspectos da pessoa”; “aspectos não suficientemente explicitados”. Na pós-intervenção, duas categorias foram observadas: aspectos da relação profissional-usuário, da pessoa e programáticos; aspectos da pessoa e da relação profissional-usuário (Tabela 3). Observou-se na fase pré-intervenção que três relatos foram associados à categoria “aspectos da pessoa”. As categorias “aspectos da pessoa e da relação profissional-usuário” e “aspectos da pessoa e de ordem programática” contaram, cada uma, com dois relatos, enquanto um relato se destinou à categoria “aspectos não suficientemente explicitados”. Na fase pós-intervenção, houve a supressão das categorias “aspectos da pessoa” e “aspectos da pessoa e de ordem programática”, sendo cinco relatos associados à nova categoria “aspectos da relação profissional-usuário, da pessoa e programáticos”. Além disso, houve a manutenção e aumento de um relato na categoria “aspectos da pessoa e da relação profissional-usuário”, que contou com três relatos na fase pós-intervenção.

Tabela 3 - Categorias referentes à questão qual(ais) fator(es) mais influenciam no processo de adesão: fases pré e pós-intervenção

Pré-intervenção			
Categoria	Freq.	Definição	Exemplo de relato
Aspectos da pessoa	3	Destaque para variáveis da pessoa	<i>Ausência de sintomas, fatores relacionados à idade, sexo, estado civil, hábitos de vida e cultura, preconceito, aceitação de uma eventual mudança no estilo de vida (P8)</i>
Aspectos da pessoa e da relação profissional-usuário	2	Destaque para variáveis da pessoa e as que fazem referência à relação profissional-usuário	<i>Compreensão da situação econômica, social, educacional e de crenças do paciente e da rede de apoio, relação paciente-profissional de saúde, compreensão da doença e seu tratamento (P5)</i>
Aspectos da pessoa e de ordem programática	2	Destaque para variáveis da pessoa e as que fazem referência a aspectos programáticos (do serviço, da política pública etc.)	<i>Financeiro, acessibilidade ao local de tratamento e medicamento seguro (menos reações adversas) (P3)</i>
Aspectos não suficientemente explicitados	1	Não explicitou de forma suficiente variáveis que influenciam na adesão	<i>Determinantes sociais (P2)</i>
Pós-intervenção			
Categoria	Freq.	Definição	Exemplo de relato
Aspectos da relação profissional-usuário, da pessoa e programáticos	5	Destaque para variáveis da pessoa e as que fazem referência à relação profissional-usuário e as de natureza programática	<i>De forma negativa: existência de transtornos mentais, condições psicossociais desfavoráveis, acesso insuficiente aos serviços de saúde. De forma positiva: ter acesso a informações de qualidade, vinculação ao serviço de saúde de referência, atenção humanizada ao cuidado etc. (P6)</i>

Aspectos da pessoa e da relação profissional-usuário	3	Destaque para variáveis da pessoa e as que fazem referência à relação profissional-usuário	<i>O atendimento do profissional de saúde que presta serviços, seja de consulta (médica ou de enfermagem), dispensação de medicamentos, atendimento ambulatorial, entre outros; Dificuldades encontradas nos processos para o tratamento, apoio familiar (P2)</i>
Fonte: Autores (2025)			

A terceira questão abordou se a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o usuário do serviço poderia interferir no processo de adesão, o que todas as participantes responderem afirmativamente. Dessa forma, a quarta questão indagou: “A seu ver, em que medida o processo de adesão do usuário é responsabilidade do profissional? Explique”. A análise das respostas permitiu que, na pré-intervenção, cinco categorias fossem identificadas: corresponsabilização; corresponsabilização e outros fatores; maior responsabilidade no paciente; foco excessivo no profissional; indefinido. Na fase pós-intervenção, apenas uma categoria foi identificada, intitulada corresponsabilização (Tabela 4).

Tabela 4 - Responsabilidade do profissional de saúde no processo de adesão: fases pré e pós-intervenção

Pré-intervenção			
Categoria	Freq.	Definição	Exemplo de relato
Corresponsabilização	3	O profissional de saúde foi compreendido como corresponsável pelo processo de adesão ao tratamento	<i>Há uma responsabilidade compartilhada entre ambas as partes (P6)</i>
Corresponsabilização e outros fatores	1	A responsabilidade do profissional de saúde pelo processo de adesão é demarcada, mas há ênfase em outros fatores	<i>O profissional de saúde tem parcela considerável no processo de adesão, entretanto a adesão envolve outros fatores (P5)</i>
Foco excessivo no profissional	1	A responsabilidade do profissional de saúde no processo de adesão é percebida para além de suas atribuições	<i>O profissional é responsável por todo processo de adesão, principalmente na continuidade do tratamento em momentos ou situações adversas (P2)</i>
Maior responsabilidade do paciente	1	A responsabilidade do profissional de saúde é minimizada frente à percepção da responsabilidade do usuário	<i>No repasse das informações necessárias para que ele tenha acesso e clareza e na manutenção dos estoques necessários para a dispensa do medicamento, sendo que o paciente ao meu ver e o mais responsável (P3)</i>
Indefinido	2	Não houve a definição de qual seria a responsabilidade do profissional de saúde no processo de adesão	<i>Desde o momento do seu diagnóstico até sua longa, assim esperamos, trajetória de vida (P1)</i>
Pós-intervenção			
Categoria	Freq.	Definição	Exemplo de relato

	O profissional de saúde foi compreendido como corresponsável pelo processo de adesão ao tratamento	<i>O profissional de saúde é corresponsável no processo de adesão ao usuário, pois ele deve ter uma linguagem clara e acessível, explicando todo o processo de tratamento que será proposto. O profissional também é responsável pela humanização, trazendo o paciente para o centro do cuidado e criando vínculo para melhorar a adesão (P2)</i>
Corresponsabilização	8	

Fonte: Autores (2025)

Por fim, as participantes ainda responderam às fichas de avaliação que foram entregues ao final de cada encontro da oficina, como avaliação de processo. Percebeu-se que aspectos relacionados ao compartilhamento de experiências profissionais, reflexão sobre condutas profissionais, a revisão e aquisição de conhecimentos, metodologias utilizadas e condução do facilitador, foram destacados pelas participantes como pontos positivos durante os encontros. A assiduidade dos componentes do grupo, o número pequeno de participantes, a ausência de outras categorias profissionais, bem como a ausência de apoio institucional, foram aspectos destacados pelas participantes como pontos negativos. Já as sugestões que as participantes apresentaram para melhoria em oficinas futuras estiveram relacionados à ampliação da intervenção, ao aumento do tempo de cada encontro e ao estabelecimento de ações em parceria com a diretoria do hospital voltadas para a instituição.

4. Discussão

O presente estudo objetivou analisar os efeitos de uma intervenção, implementada por meio de uma oficina, na percepção e conhecimentos de trabalhadores de uma instituição especializada em infectologia, acerca da sua influência e corresponsabilização sobre o processo de adesão ao tratamento em PVHIV. Neste sentido, por meio das análises quantitativas e qualitativas realizadas, apurou-se o efeito da oficina interventiva, em menor ou maior grau, sobre a percepção e conhecimento dos participantes.

A fim de que a execução da oficina fosse possível, contou-se com o apoio institucional, que inclusive se evidenciou por meio da participação de gestores. Tal escolha se deu pela compreensão de que, institucionalmente, os gestores são atores importantes na difusão dos conhecimentos adquiridos para suas equipes (Castro, Diniz, Oliveira, Guimarães, & Gontijo, 2023). Todavia, por se tratar de uma temática fundamental em uma instituição especializada em infectologia, imaginou-se que a explicação da proposta despertaria maior interesse de profissionais do público-alvo (com ação assistencial direta), mas na prática isso não foi observado.

Dados semelhantes foram encontrados por Jesus, Ribeiro e Araújo (2020), em um estudo qualitativo realizado com nove enfermeiros e cirurgiões-dentistas egressos de uma especialização em saúde da família em Minas Gerais. Dentre os desafios identificados na proposta de educação permanente, destacou-se a falta de motivação para processos educativos, além da pouca priorização da educação permanente. Dessa forma, é preocupante perceber como alguns profissionais de serviços especializados não atribuem importância ao processo de educação permanente, visto que se trata de uma oportunidade para aperfeiçoamento de habilidades e competências necessárias às suas práticas diárias. Fica a pergunta: que motivos levariam a esse desinteresse? Tema importante para estudos futuros.

Quanto à desistência de dois participantes, que inicialmente aceitaram participar, resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Santos, Santos, Farias, Santos, Martins e Gallotti (2021), em que 31% dos entrevistados alegaram como dificuldade para participar de capacitações profissionais a falta de tempo, além da concorrência com outras atividades presentes em sua rotina institucional. Ainda na pesquisa de Santos et al. (2021), quando os participantes foram questionados se a instituição hospitalar incentivava os profissionais a realizarem capacitações profissionais, 61,9% responderam negativamente. No presente estudo, das oito profissionais, apenas duas afirmaram

já ter participado de algum curso ou atividade de capacitação sobre a temática de adesão ao longo da vida profissional. Assim, nota-se que capacitações voltadas para o processo de adesão não têm tido frequência regular em uma instituição referência na atenção em HIV/aids.

Nas análises quantitativas, constatou-se que, acerca do escore médio do grupo, houve um aumento discreto na fase pós-intervenção. Além disso, percebeu-se um aumento no escore de cinco participantes, chegando a uma diferença de 10 pontos no caso de P5. Não houve alteração em relação aos escores de uma participante e, em duas delas, houve diminuição da pontuação. Assim, em aspectos gerais e, para a maior parte das colaboradoras, foi possível perceber uma maior compreensão acerca das variáveis que interferem no processo de adesão ao tratamento.

Observou-se, ainda, que não houve diferença estatisticamente significativa do efeito da oficina na percepção das participantes, comparando as fases pré e pós-intervenção. Destaca-se que, mesmo na fase pré-intervenção, algumas participantes já possuíam um escore relativamente alto, dando evidências de que estas, em níveis diferentes, já possuíam alguma bagagem de conhecimento acerca da influência das variáveis no processo de adesão ao tratamento em PVHIV.

Já acerca das análises qualitativas, o ponto de partida foi a compreensão do conceito de adesão. Na fase pré-intervenção, todas as definições, em maior ou menor grau, se afastaram da definição do processo de adesão em sua complexidade, tal como explicitado na seção resultados. Na fase pós-intervenção, as respostas de cinco participantes foram agrupadas na categoria “adesão como fenômeno complexo e multideterminado”. Destaca-se que duas respostas agrupadas na categoria “definição insuficiente de adesão” pertenceram a P7 e P8, as duas participantes com diminuição nas médias na pós-intervenção. Assim, verifica-se que a oficina com base em metodologia ativa favoreceu a instauração de novos conhecimentos para boa parte de seus participantes, além do engajamento e o envolvimento na atividade (Polejack & Seidl, 2015).

A ampliação da percepção das participantes acerca da influência das diversas variáveis no processo de adesão ao tratamento em PVHIV também pode ser percebida. No que se refere aos aspectos que mais influenciavam no processo de adesão ao tratamento, na fase pré-intervenção, três participantes listaram fatores que foram agrupados na categoria “aspectos da pessoa”, o que está de acordo com achados da literatura (Duarte et al., 2022), em que o profissional de saúde tende a perceber o processo de adesão de forma individualista, racionalista, além do paciente ser o único responsável por sua adesão, seja satisfatória ou insatisfatória.

Já na fase pós-intervenção, houve a supressão da categoria “aspectos da pessoa”, sendo cinco respostas agrupadas na categoria “aspectos da relação profissional-usuário, da pessoa e programáticos”, que é a mais abrangente e completa. Assim, percebeu-se como efeito das oficinas a mudança de percepção das participantes na fase pré-interventiva, que responsabilizaram inteiramente o usuário pelo seu processo de adesão ao tratamento ou, por vezes, influenciada por fatores de maneira isolada, para, na fase pós-intervenção, perceber o fenômeno de maneira mais ampliada e complexa. Destaca-se que, na pós-intervenção, ambas as categorias encontradas contavam com fatores envolvendo a relação profissional-usuário, o que está de acordo com o objetivo central do trabalho.

A relação profissional-usuário foi discutida na questão que indagava sobre a responsabilidade do profissional de saúde no processo de adesão. Na fase pré-intervenção, poucas respostas foram agrupadas na categoria “corresponsabilização”; por outro lado, na fase pós-intervenção, todas as respostas apresentadas foram agrupadas nessa categoria. Além do objetivo do estudo ter sido contemplado com a análise das fases pré e pós-intervenção, no sentido de todas as participantes compreenderem que o profissional de saúde é corresponsável no processo de adesão ao tratamento das PVHIV, destaca-se que as respostas no segundo momento apresentaram maior riqueza de detalhes, mesmo as das participantes que na fase pré-intervenção já tinham sido agrupadas nessa categoria.

Sobre as avaliações de processo, os aspectos positivos na percepção das participantes se direcionaram à oportunidade de compartilhar experiências com colegas de trabalho de outras profissões, o conhecimento adquirido e a possibilidade de revisá-los, além das metodologias utilizadas na oficina, que vão ao encontro de aspectos presentes em Kanno, Peduzzi, Germani, Soárez e Silva (2023), em estudo qualitativo realizado com 15 profissionais de saúde. Os autores observaram que a ausência de compartilhamento de experiências entre os trabalhadores e, em alguns casos,

a falta de conhecimento sobre a atuação do colega, foram descritos pelos participantes como uma vulnerabilidade para o trabalho em equipe.

A percepção das participantes favorável às metodologias utilizadas e, consequentemente, ao conhecimento adquirido, esteve associado à utilização de metodologias ativas, método alternativo ao uso do modelo tradicional de ensino (majoritariamente expositivo e calcado em palestras). Neste sentido, ao valorizar a experiência de cada uma das participantes, estas retribuíram com um envolvimento genuíno em todas as atividades e a construção do conhecimento se deu de forma coletiva (Jacobovski & Ferro, 2021).

Sobre os pontos negativos destacados, no que tange à ausência de apoio institucional, este aspecto também se fez presente nas possibilidades de melhorias apresentadas pelas participantes, que destacaram a importância de multiplicação dos conhecimentos adquiridos com outros profissionais da instituição. Sobre a necessidade de que haja a multiplicação dos conhecimentos adquiridos, retoma-se a participação de quatro gestores na composição do grupo, na medida em que estes são atores importantes na difusão de conhecimentos para suas equipes (Castro et al., 2023).

Tal aspecto também aponta para uma limitação do estudo, já que a mudança da percepção das participantes acerca da corresponsabilização do profissional de saúde frente à adesão ao tratamento de PVHIV, bem como a aquisição de novos conhecimentos sobre a temática, não é garantia de modificação de suas condutas na prática profissional. Além disso, não houve a realização de *follow-up* para verificar a manutenção dos conhecimentos adquiridos ao longo do tempo. Por fim, destaca-se que as metodologias utilizadas durante os encontros foram de fácil aplicação e baixo custo, abrindo a possibilidade de que tal intervenção seja realizada novamente na instituição, ou em outras instituições que apresentem interesse pelo tema. Além disso, havendo interesse institucional, a oficina pode ser uma possibilidade viável para o estabelecimento de novas capacitações, aspecto que é meritório no presente trabalho.

5. Considerações finais

Trabalhou-se a hipótese de que a percepção e os conhecimentos sobre adesão ao tratamento em HIV/aids e a corresponsabilização dos profissionais de saúde neste processo seriam aprimorados após a intervenção, compatíveis com uma conceituação complexa, multidimensional e multideterminada de adesão. De acordo com as análises quantitativas, o efeito da intervenção não foi estatisticamente relevante, o que aponta a necessidade de novos estudos com aprimoramentos no conteúdo da intervenção ou ampliação do tamanho da amostra, por exemplo. Todavia, as análises qualitativas revelaram a mudança de percepção e de conhecimento das participantes acerca da corresponsabilização no processo de adesão ao tratamento de PVHIV.

Para tal oficina com profissionais de saúde, percebeu-se a importância do uso de metodologias ativas em detrimento de modelos educativos tradicionais, a fim de promover a valorização da experiência profissional de cada um e, consequentemente, propiciar um maior engajamento nas atividades propostas, visto que são pessoas que possuem, comumente, uma sobrecarga de trabalho e pouca disponibilidade de tempo. O baixo custo, a sequência das atividades e dinâmicas propostas permitem concluir que a oficina pode ser replicada com certa facilidade, ou que seja aprimorada para demais contextos.

Por fim, ressalta-se a importância da ampliação de estudos que trabalhem a temática de adesão ao tratamento em PVHIV, não só com foco no usuário, mas também na capacitação de equipes multiprofissionais. Tal mudança propicia a aplicação das diretrizes do SUS, a diminuição da culpabilização das PVHIV pela adesão insatisfatória ao tratamento proposto, além de ser uma possibilidade de aplicação da EPS nas instituições.

Declaração de disponibilidade de dados

Este artigo fundamenta-se na análise de um conjunto de dados que contém informações sensíveis, razão pela qual não é possível disponibilizá-lo publicamente. Em conformidade com as diretrizes editoriais da revista, o artigo está isento da obrigatoriedade de registro em repositórios públicos e da divulgação integral dos dados utilizados.

Referências

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Brasil. (2008). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. (Série Normas e Manuais Técnicos). Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2018a). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2018b). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Ministério da Saúde.
- Brasil. (2024). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2024*. Ministério da Saúde. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view.
- Broyles, L. N., Luo, R., Boeras, D., & Vojnov, L. (2023). The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: A systematic review. *The Lancet*, 402, 464-471. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00877-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00877-2)
- Castro, L., Diniz, L. M., Oliveira, V. C., Guimarães, E. A. A., & Gontijo, T. L. (2023). Processos de capacitação de gestores e profissionais na implementação da Estratégia E-SUS Atenção Primária. *Revista Baiana de Enfermagem* 37, .. <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.49010>
- Carvalho, P. P., Barroso, S. M., Coelho, H. C., & Penaforte, F. R. O. (2019). Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: Revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2543-2555. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2020). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids*. Brasília, DF.
- Cunha, A.P., & Cruz, M.M. (2022). Análise da tendência da mortalidade por doenças definidoras e não definidoras de HIV/aids segundo características sociodemográficas, por Unidade da Federação e Brasil, 2000-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(2), e2022093. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200021>
- Duarte, F. M. R., Oliveira, C., & Silva, R. dos S. (2022). A (não) adesão ao tratamento de HIV/Aids: Sentidos, manejos clínicos e dilemas bioéticos. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(2), 53-67. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1781>
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Artmed.
- Jacobovski, R., & Ferro, L. F. (2021). Educação permanente em saúde e metodologias ativas de ensino: Uma revisão sistemática integrativa. *Research, Society and Development*, 10(3), 1-19. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13391>
- Jesus, M. V. N., Ribeiro, L. C. C., & Araújo, A. (2020). Educação permanente: Práticas, motivações e desafios de egressos de uma especialização em saúde da família. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 31(01), 105-113. <http://dx.doi.org/10.51723/ccs.v31i01.577>

- Kanno, N. P., Peduzzi, M., Germani, A. C. C. G., Soárez, P. C. D., & Silva, A. T. C. (2023). A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(10), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213322>
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>.
- Miranda, M. de M. F., Oliveira, D. R. de, Quirino, G. da S., Oliveira, C. J. de, Pereira, M. L. D., & Cavalcante, E. G. R. (2022). Vulnerabilidade individual, social e programática na adesão ao tratamento antirretroviral em adultos. *Revista de Enfermagem UERJ*, 30, e62288–e62288. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62288>
- Moraes, D. C. D. A., Cabral, J. D. R., Oliveira, R. C. D., & Souza, V. A. D. (2021). Qualidade da assistência e adesão aos antirretrovirais em serviços especializados em HIV em Pernambuco/Brasil, 2017-2018. *Saúde em Debate*, 45, 1088-1100. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113111>
- Polejack, L., Machado, A. C. A., Santos, C. S., & Guambe, A. J. (2020). Desafios para adesão ao TARV na perspectiva dos profissionais do sistema de saúde de Moçambique. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(10), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe10>.
- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2015). Oficinas baseadas em metodologias participativas. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos & L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 264-283). Sinopsys.
- Ravaioli, M. de P. E., & Borges, L. M. (2022). Práticas psicoeducativas: Contribuições do psicólogo na atenção primária. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(1), 185–199. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1182>
- Santos, A. P. B., Santos, R. N. O., Farias, Q. S. S., Santos, J. L. B. S., Martins, M. C. V., & Gallotti, F. C. M. (2021). Capacitação profissional e sua articulação na assistência de enfermagem à criança com câncer. *Research, Society and Development*, 10(6), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15475>
- Santos, K. R. F. do N., Carneiro, W. S., Vieira, A. da S., Souza, M. B., & Gonçalves, C. F. G. (2020). Fatores que interferem na adesão e permanência da terapia antirretroviral / Factors that interfere with the adherence and stay of antirretroviral therapy. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 3037–3043. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-143>
- Seidl, E. M. F., & Remor, E. (2020). Adesão ao tratamento, resiliência e percepção de doença em pessoas com HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(spe), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>
- Zuge, S. S., Paula, C. C., & Padoin, S. M. M. (2020). Efetividade de intervenções para adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV: revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019009803627>

Editora Responsável: Thainara Granero de Melo

Recebido/Received: 02.06.2025 / 06.02.2025

Aprovado/Approved: 12.08.2025 / 08.12.2025