



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**CORRESPONSABILIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
FRENTE À ADESÃO AO TRATAMENTO DE PESSOAS VIVENDO  
COM HIV: EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO**

**Whigney Edmilson da Costa**

Brasília, DF

Janeiro, 2024

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**CORRESPONSABILIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**  
**FRENTE À ADESÃO AO TRATAMENTO DE PESSOAS VIVENDO**  
**COM HIV: EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO**

**Whigney Edmilson da Costa**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Psicologia da Saúde e Processos Clínicos.

Orientadora: Profa. Dra Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, DF

Janeiro, 2024

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente  
Universidade de Brasília

---

Larissa Polejack Brambatti – Membro interno  
Universidade de Brasília

---

Ana Cláudia Almeida Machado – Membro externo  
Universidade do Estado de Minas Gerais

---

Graziela Sousa Nogueira - Membro Suplente  
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal e  
Escola Superior de Saúde do Distrito Federal

## **Agradecimentos**

Agradeço, primeiramente, a meus pais por, mesmo possuindo somente o ensino fundamental incompleto, sempre me instigarem a estudar e reforçarem a importância da educação na minha vida, pois “o estudo é a única coisa que ninguém poderá tirar de você”. Agradeço também por nunca tentarem influenciar no curso superior que eu iria realizar e, conseqüentemente, a profissão que seguiria. Além disso, mesmo com pouca compreensão sobre todo este processo de educação formal, sempre me apoiaram incondicionalmente e fizeram, dentro de suas possibilidades, o possível para que eu pudesse estar aqui hoje. Mãe, pai, obrigado por tudo!

Sou grato às políticas públicas voltadas à educação, pois sou fruto do Programa Universidade para Todos (ProUni) e, sem ele, minha graduação na instituição em que estudei não seria possível. Além disso, sou grato pela oportunidade de atualmente trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) e, de alguma forma, retribuir para a sociedade a oportunidade que me foi dada.

Sou grato pelo Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA) não só pela realização do meu projeto, mas por ser a instituição onde eu pude construir na prática a minha atuação profissional. Sou grato também a cada paciente e trabalhador que fez parte deste projeto de construção. Ainda, sou grato por realizar o meu mestrado na Universidade de Brasília que ampliou significativamente a minha percepção sobre pesquisa, além de me proporcionar ricas aprendizagens.

Agradeço à minha gestora e amiga Aline por ser a primeira pessoa a me falar sobre o programa de mestrado da Universidade de Brasília como uma possibilidade, além de me incentivar, flexibilizar os meus horários de trabalho e permitir que, semanalmente, eu pudesse comparecer em Brasília para as aulas. Neste processo, agradeço a Beatriz que me deu cobertura em todo este período.

Agradeço aos meus amigos André, Thawyni, Jennifer, Norma, por todo o apoio e suporte neste período. Agradeço também à minha amiga Virgínia por ser sempre uma entusiasta da minha trajetória profissional e acreditar em meu potencial. Agradeço às minhas irmãs (Renata e Vanessa) pelo apoio em minha trajetória profissional e suporte emocional. Agradeço também aos meus sobrinhos (Fabrício, Gustavo Filho, Leonardo) que me fazem querer ser uma pessoa melhor e, de alguma forma, ser um exemplo para que possam se espelhar.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à Profa. Dra. Eliane Seidl por acreditar em minha ideia e me auxiliar em sua execução. Agradeço por ser uma orientadora tão presente e compartilhar comigo o seu conhecimento. Agradeço por sua paciência, flexibilidade, confiança e cobranças nas medidas certas para que esta dissertação fosse concluída.

## Resumo

Desde sua descoberta, na década de 1980, avanços foram conquistados, atribuindo à infecção pelo vírus HIV um caráter crônico e potencialmente controlável. Ainda não há cura para esta condição e a eficácia do tratamento depende necessariamente da adesão regular, consistente e contínua. Adesão é um processo complexo, multideterminado, multidimensional e colaborativo entre a pessoa, a equipe de saúde e a rede social de apoio, 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. Todavia, ainda se observa um grande foco em aspectos direcionados ao paciente como único responsável pela adesão ao tratamento, em detrimento da influência do profissional de saúde neste processo, por exemplo. 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 sobre o processo de adesão em pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Trata-se de delineamento quase experimental, com avaliação de grupo único pré e pós-intervenção, sem grupo controle, bem como com análise qualitativa de dados, realizado em um hospital especializado em HIV/aids do município de Goiânia (GO). O grupo foi composto por oito trabalhadoras da instituição, com idades entre 28 a 49 anos ( $M=36,13$ ;  $DP=7,90$ ), com formações distintas. Foram utilizados um questionário sociodemográfico e um outro versando sobre conhecimento e percepção acerca da influência e corresponsabilização do profissional no processo de adesão ao tratamento da PVHIV, com questões abertas e fechadas. O instrumento foi aplicado nas fases pré e pós-intervenção, para que seu efeito fosse avaliado ao término de uma oficina, com nove encontros, sobre o tema adesão ao tratamento em PVHIV. Metodologias pedagógicas ativas nortearam o trabalho na oficina. Os dados quantitativos foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS); a análise qualitativa das questões abertas foi realizada com base no referencial de Bardin. A estatística descritiva mostrou valores mais altos na fase pós-intervenção, tanto nos escores médios, quanto na análise individual (para cinco dos participantes). O resultado do teste não paramétrico de *Wilcoxon Signed Rank* apontou que não houve diferença estatisticamente significativa ( $z=-1,187$ ;  $p=0,235$ ) entre os valores nas fases pré ( $M=49$ ;  $DP=6,84$ ;  $Mdn=51,0$ ) e pós-intervenção ( $M=51,38$ ;  $DP=10,36$ ;  $Mdn=57,5$ ). As análises qualitativas revelaram mudanças nas categorias identificadas a partir das respostas nas fases pré e pós-intervenção. Verificou-se o aprimoramento das respostas referentes ao conceito de adesão, sendo que após a oficina houve predomínio de respostas na categoria *adesão como fenômeno complexo e multideterminado*. Ademais, foram identificadas mudanças das categorias oriundas da questão aberta que indagava sobre aspectos que influenciavam a adesão: observou-se a presença daquelas que assinalavam a influência do profissional de saúde, da equipe multiprofissional e da instituição de saúde como corresponsáveis na adesão ao tratamento das PVHIV na fase pós-intervenção. A avaliação de processo, individual e anônima, realizada ao longo das oito semanas, mostrou relatos de aspectos positivos e de satisfação com a atividade, em detrimento de aspectos negativos. As limitações do estudo deveram-se à ausência de grupo controle e de *follow up*. Apesar da abrangência de estudos e intervenções direcionados à adesão ao tratamento em PVHIV, poucos adotam como foco a corresponsabilização do profissional de saúde neste processo. Além disso, destaca-se a necessidade de que ações de educação permanente para a capacitação de profissionais de saúde sejam adotadas em serviços especializados em HIV/aids.

**Palavras-chave:** HIV/aids; Adesão a tratamento; Intervenção em grupo; Profissionais de saúde.

## Abstract

Since its discovery in the 1980s, advances have been made, giving HIV infection a chronic and potentially controllable nature. There is still no cure for this condition and the effectiveness of treatment necessarily depends on regular, consistent and continuous adherence. Adherence is a complex, multidetermined, multidimensional and collaborative process between the person, the healthcare team and the social support network, which facilitates the acceptance and integration of a given therapeutic scheme into the daily lives of people undergoing treatment, presupposing their participation in decisions about the therapy. However, there is still a great focus on aspects directed at the patient as the sole person responsible for adherence to treatment, to the detriment of the health professional's influence in this process, for example. The objective was to analyze the effects of an intervention, implemented through a workshop on adherence to treatment, regarding the perception and knowledge of professionals at an institution specializing in infectious diseases, regarding the influence and co-responsibility on the adherence process in people living with HIV (PLHIV). This is a quasi-experimental design, with pre and post-intervention of a single group, without a control group, as well as qualitative data analysis, carried out in a hospital specializing in HIV/AIDS in the city of Goiânia (GO). The group was made up of eight professionals from the institution, aged between 28 and 49 years old ( $M=36.13$ ;  $SD=7.90$ ), with different backgrounds. A sociodemographic questionnaire and another were used on knowledge and perception regarding the influence and co-responsibility of the professional in the process of adherence to PLHIV treatment. The instrument was applied in the pre and post-intervention phases, so that its effect could be evaluated at the end of a workshop, with nine meetings, on the topic of adherence to treatment in PLHIV. Active pedagogical methodologies guided the work in the workshop. Quantitative data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS); the qualitative analysis of open questions was carried out based on Bardin's framework. Descriptive statistics showed higher values in the post-intervention phase, both in average scores and in individual analysis (for five of the participants). The result of the non-parametric Wilcoxon Signed Rank test showed that there was no statistically significant difference ( $z=-1.187$ ;  $p=0.235$ ) between the values in the pre phases ( $M=49$ ;  $SD=6.84$ ;  $Mdn=51.0$ ) and post-intervention ( $M=51.38$ ;  $SD=10.36$ ;  $Mdn=57.5$ ). Qualitative analyzes revealed changes in the categories identified from the responses in the pre and post-intervention phases. There was an improvement in responses regarding the concept of adherence, and after the group there was a predominance of responses in the category *adhesion as a complex and multidetermined phenomenon*. Furthermore, changes were identified in the categories arising from the open question that inquired about aspects that influenced adherence: the presence of those that highlighted the influence of the health professional, the multidisciplinary team and the health institution as co-responsible for adherence to treatment for PLHIV in the post-intervention phase. The individual and anonymous process evaluation, carried out over the eight weeks, showed reports of positive aspects and satisfaction with the activity, to the detriment of negative aspects. The limitations of the study were due to the absence of a control group and follow-up. Despite the scope of studies and interventions aimed at treatment adherence in PLHIV, few focus on the co-responsibility of health professionals in this process. The need for permanent education actions to train health professionals to be adopted in specialized HIV/AIDS services is highlighted.

**Keywords:** HIV/AIDS; Adherence to treatment; Group intervention; Health professionals.

## Sumário

Agradecimentos .....	IV
Resumo .....	VI
Abstract .....	VII
Lista de siglas.....	XI
Apresentação.....	XII
Introdução .....	14
HIV/aids e Dados Epidemiológicos .....	14
Adesão ao Tratamento: Conceituação e Variáveis Associadas.....	16
Educação Permanente em Saúde e Capacitação de Profissionais para a Adesão .....	22
Práticas Pedagógicas na Formação e Capacitação em Saúde .....	25
Justificativa, Objetivos e Hipótese.....	29
Justificativa.....	29
Objetivos .....	29
Hipótese.....	30
Método .....	31
Tipo de Estudo .....	31
Participantes .....	31
Critérios de inclusão.....	32
Critérios de exclusão .....	32
Local do Estudo.....	32
Instrumentos .....	33
Aspectos Éticos .....	35
Procedimentos .....	36
Intervenção .....	37
1º Encontro.....	38
2º Encontro.....	38
3º Encontro.....	39
4º Encontro.....	40
5º Encontro.....	41

6º Encontro.....	41
7º Encontro.....	42
8º Encontro.....	43
9º Encontro.....	44
Análise dos Dados.....	44
Resultados.....	46
Análises Quantitativas.....	47
Comparação entre a fase pré-intervenção e a pós-intervenção .....	49
Análises Qualitativas.....	50
Discussão .....	59
Considerações Finais .....	69
Referências.....	71
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO .....	77
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO SOBRE O PROCESSO DE ADESÃO.....	78
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	80
ANEXO 4 - OFICINA SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO EM HIV/AIDS COM TRABALHADORES DO HDT/HAA.....	82
ANEXO 5 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	91

## Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Frequência de Presença dos Participantes em Relação aos Nove Encontros Realizados (N=8)</i> .....	46
Tabela 2. <i>Escore Médio do Grupo e Escores dos Oito Participantes, Antes e Após a Intervenção (N=8)</i> .....	47
Tabela 3. <i>Percentual (%) de Respostas aos Itens do Instrumento, nas Fases Pré e Pós-intervenção</i> .....	48
Tabela 4. <i>Estatísticas Descritivas das Respostas aos Itens do Instrumento, nas Fases Pré e Pós-intervenção (N=8)</i> .....	49
Tabela 5. <i>Categorias Referentes à Noção de Adesão ao Tratamento dos Participantes nas Fases Pré e Pós-intervenção</i> .....	50
Tabela 6. <i>Categorias Referentes à Questão Qual(ais) Fator(es) Mais Influenciam no Processo de Adesão: Fases Pré e Pós-intervenção</i> .....	52
Tabela 7. <i>Responsabilidade do Profissional de Saúde no Processo de Adesão: Fases Pré e Pós-Intervenção</i> .....	54
Tabela 8. <i>Corresponsabilização do Profissional/Equipe Enquanto uma das Variáveis que Mais Afeta a Adesão ao Tratamento: Fases Pré e Pós-Intervenção</i> .....	56
Tabela 9. <i>Avaliações dos Participantes Durante os Oito Encontros da Oficina</i> .....	57

## Lista de siglas

<b>aids</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
<b>CFP</b>	Conselho Federal de Psicologia
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>HDT/HAA</b>	Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>I=I</b>	Indetectável igual a Intransmissível
<b>IES</b>	Instituições de Ensino Superior
<b>ONA</b>	Organização Nacional de Acreditação
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PPP</b>	Projeto Político Pedagógico
<b>PVHIV</b>	Pessoa Vivendo com HIV
<b>Siclom</b>	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
<b>SIM</b>	Sistema de Informações sobre Mortalidade
<b>Sinan</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>Siscel</b>	Sistema de Informação de Exames Laboratoriais
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Terapia Antirretroviral
<b>TasP</b>	<i>Treatment as Prevention</i>
<b>TcP</b>	Tratamento como Prevenção
<b>TICs</b>	Tecnologias de Informação e Comunicação
<b>UDM</b>	Unidade Dispensadora de Medicamentos
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## **Apresentação**

Durante o ensino médio, no fatídico período em que todos os seus pensamentos estão voltados para a escolha de seu curso superior e, conseqüentemente, à “profissão de sua vida”, me via dividido entre as ciências biológicas (biomedicina) e à minha profunda admiração pela área da saúde, que me acompanhava desde a infância, e as ciências humanas (psicologia). Todavia, no fim, por meio da minha experiência no Espaço das Profissões da Universidade Federal de Goiás (UFG), eu percebi que a psicologia seria a escolha que mais combinava comigo.

Por meio do Programa Universidade para Todos (ProUni) e uma bolsa de estudos integral, ingressei no curso de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) e, logo que recebi a grade curricular do curso, chamou minha atenção a presença da disciplina voltada para a área da Psicologia da Saúde, bem como a sua possibilidade de estágio. Afinal de contas, seria a oportunidade de compreender de que maneira o psicólogo poderia atuar na área da saúde e me aproximar deste contexto que admirava.

No decorrer do curso, enquanto aguardava a disciplina voltada para a área da saúde, descobri a minha paixão em estudar gênero e sexualidade, além da subjetividade LGBTIAP+, que se mantém no presente. Então, no sétimo período, ao cursar a disciplina Psicologia da Saúde e Hospitalar, eu percebi que havia encontrado como gostaria de atuar na minha profissão. Além disso, a forma de juntar estas duas paixões seria atuar em um serviço especializado em infectologia, ao compreender que a história do HIV/aids perpassa a história do movimento LGBTIAP+.

Dessa forma, o estágio final no último ano de minha graduação, realizado no Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA), apenas concretizou o meu desejo. Ainda hoje, considero que, além da parte teórica construída na graduação, foram os corredores, quartos, pacientes daquele hospital que me tornaram psicólogo na prática. Com o

fim do estágio final, da graduação e, com muito esforço, ingressei na Residência Multiprofissional na mesma instituição e continuei minha construção como psicólogo direcionado à área da infectologia e, em especial, o HIV/aids.

Com o fim da residência e minha contratação pela instituição para atuar exclusivamente com pessoas vivendo com HIV (PVHIV), a vulnerabilidade vivenciada por esses usuários e seus reflexos no processo de adesão ao tratamento, chamava minha atenção. Causava-me certo incômodo, em especial, o atendimento prestado pela equipe multiprofissional e a forma como eu compreendia que, certas condutas, apenas intensificavam tais vulnerabilidades.

Dessa forma, decidi que estudar a corresponsabilização do profissional de saúde no processo de adesão em PVHIV, e intervir com a equipe multiprofissional, seria uma forma de contribuir com a mudança de práticas profissionais na instituição onde atuava. Além disso, na Universidade de Brasília (UnB), por meio de seus docentes e pesquisadores, eu percebi a possibilidade de tal temática ser acolhida e pesquisada em um curso de pós-graduação *stricto sensu*. Assim, a presente dissertação, escrita em modelo de artigo científico (introdução, objetivo, método, resultados, discussão e considerações finais), se faz presente como uma elaboração e resposta a minhas inquietações profissionais.

## Introdução

### HIV/aids e Dados Epidemiológicos

Devido às altas taxas de incidência e prevalência, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é considerado um problema de saúde pública (Moraes et al., 2021). A infecção aguda pelo HIV ocorre nas primeiras semanas da infecção pelo vírus, quando este está sendo replicado intensivamente nos tecidos linfoides. Em sujeitos não tratados, têm-se a iminência do aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias, definindo um quadro de aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (Brasil, 2018).

De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico de 2023 (Brasil, 2023), de 2007 até junho de 2023 foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 489.594 casos de infecção pelo HIV no país. Além disso, de 1980 até junho de 2023, por meio do Sinan, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), foram detectados 1.124.063 casos de aids. O país tem apresentado, nos últimos cinco anos, uma média anual de 35,9 mil novos casos de aids.

Dos 489.594 casos de infecção pelo HIV notificados no Brasil entre 2007 e junho de 2023, 345.069 (70,5%) casos foram notificados em homens e 144.364 (29,5%) em mulheres. No que tange à faixa etária, 114.593 (23,4%) casos são de jovens entre 15 e 24 anos, sendo esta faixa etária responsável, entre 2012 e 2022, por um total de 52.415 pessoas com HIV que evoluíram para aids. Desde 2017, os indivíduos entre 25 e 29 anos apresentam as maiores taxas de detecção de aids, o que alerta para a importância de políticas públicas destinadas a essa população. Ainda, 38.761 (7,9%) dos casos notificados foram na região Centro-Oeste, sendo 15.683 em Goiás e 7741 casos no Distrito Federal. Somente de janeiro a junho de 2023, foram notificados em Goiás 794 casos novos de infecção pelo HIV e 371 novos casos no Distrito Federal (Brasil, 2023).

Acerca da escolaridade, em 2022, verificou-se um elevado percentual de casos em que esta variável foi ignorada (26%), o que dificulta a avaliação desse indicador. Para os casos em que a escolaridade foi informada, mais de um terço (35,9%) possuía ensino médio completo. Ainda em 2022, acerca da raça/cor autodeclarada, entre os casos notificados no Sinan, 29,9% ocorreram entre brancos e 62,8% entre negros (13,0% de pretos e 49,8% de pardos). Destaca-se que até o ano de 2013 a cor de pele branca representava a maior parte dos casos, havendo uma mudança nos anos subsequentes (Brasil, 2023).

Como o Boletim Epidemiológico de HIV e aids se utiliza de plataformas de dados oficiais (Sinan, SIM, Siscel, Siclom), tal documento é o que se tem de mais fidedigno quanto à caracterização dos casos. Todavia, ressalta-se que a alimentação de tais plataformas depende do trabalho dos profissionais de saúde e da articulação das redes, sendo a subnotificação dos casos de HIV/aids um problema no território brasileiro. Assim, compreende-se que os números apontados podem ser ainda maiores (Brasil, 2023).

Desde a data do início da epidemia de aids (1980) até 31 de dezembro de 2022, foram notificados no Brasil 382.521 óbitos tendo o HIV/aids como causa básica. A região Centro-Oeste foi responsável pela menor proporção destes óbitos, igual a 5,4%. Em 2022, a distribuição proporcional dos 10.994 óbitos foi de 7,1% no Centro-Oeste, sendo a menor porcentagem. Apesar dos números alarmantes, entre os anos de 2012 a 2022, houve uma queda de 25,5% no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil (Brasil, 2013).

Desde 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 PVHIV (Cunha & Cruz, 2022).

Além disso, outro importante fator que contribuiu para diminuição da transmissão do vírus do HIV (pela supressão da carga viral) e do adoecimento em decorrência da aids foi a implementação da estratégia de Tratamento como Prevenção (TcP), ou *Treatment as Prevention (TasP)*. Tal estratégia foi formalizada por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos de 2013, que orientava o início do tratamento antirretroviral após o diagnóstico, independente dos valores da carga viral plasmática e dos níveis de linfócitos T CD4+, pois haviam evidências de que tal protocolo diminuía a morbimortalidade em decorrência do vírus, além de aumentar as chances de se alcançar níveis elevados de LT CD4+, responsáveis pelo sistema imunológico (Brasil, 2013; Monteiro et al., 2019).

Assim, as evidências científicas revelaram que a adesão à TARV e a supressão contínua da carga viral acarretam risco nulo de transmissão do HIV por via sexual (Brasil, 2018; Rodger et al., 2019). O indetectável igual a intransmissível (I=I) devido ao protocolo “tratamento como prevenção”, também denominado “tratamento para todos”, é considerado um grande avanço para o controle da transmissão do HIV da última década. Além disso, perspectivas atuais têm demonstrado risco quase zero de transmissão por via sexual em PVHIV com carga viral menor que mil cópias por ml (Broyles et al., 2023).

Todavia, mesmo com a implementação de políticas públicas direcionadas ao tratamento da infecção pelo vírus e a prevenção do desenvolvimento de quadros de aids, ainda não há cura para o HIV e a eficácia do tratamento depende necessariamente de uma boa adesão ao tratamento. Dessa forma, esforços coletivos são necessários para que se possa pensar no controle da epidemia (Brasil, 2018).

### **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 pessoas vivendo com HIV (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, 2018). 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).

Dessa forma, tal processo transcende a simples ingestão de medicamentos, pois envolve o empoderamento da PVHIV, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde e o reconhecimento das responsabilidades de cada um na relação profissional-paciente, acesso à informação, acompanhamento clínico-laboratorial e adequação às necessidades individuais com o objetivo de fortalecer a autonomia para o autocuidado. Neste sentido, compreende-se que o uso da medicação pelo usuário irá depender da boa execução de uma série de etapas nessa cadeia de processos de atenção e cuidado que ocorre no serviço de saúde (Brasil, 2008; Seidl & Remor, 2020).

A magnitude desta temática tem sido foco de estudos e pesquisas científicas (Mutumba et al., 2016; Remor, 2018), uma vez que a mudança de hábitos que o tratamento requer, o medo do estigma, os efeitos da revelação diagnóstica, entre outros fatores, sobre os aspectos emocional e psicológico da PVHIV podem comprometer a adesão ao tratamento. Dessa forma, mesmo que, atualmente, a infecção pelo vírus HIV tenha um caráter crônico, a aceitação deste diagnóstico e o comportamento de adesão exigem a mobilização de recursos psicológicos da pessoa e o funcionamento humanizado e acolhedor do serviço de saúde (Brasil, 2008; Brasil, 2012).

Por se tratar de um processo complexo e multideterminado, há dimensões que estabelecem influência quanto à maior ou menor adesão da pessoa ao tratamento, sendo elas: sistema e equipe de saúde, fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao tratamento, fatores relacionados à doença e também ao próprio paciente. Assim, encontram-se nestas dimensões fatores que podem facilitar ou dificultar o processo de adesão (Carvalho et al., 2019; Dalmida et al., 2018).

Os fatores que facilitam o processo de adesão estão relacionados a: esquemas terapêuticos simplificados; conhecimento sobre a condição e o tratamento; acolhimento e condutas assertivas da equipe multidisciplinar; vínculo com a equipe de saúde e o serviço; acesso facilitado à TARV; disponibilidade e satisfação com o suporte social. Já os fatores que dificultam o processo de adesão, são listados em maior quantidade, e se relacionam a: complexidade do esquema terapêutico (número de doses, de comprimidos e horários que interferem em atividades cotidianas, por exemplo); faixa etária do usuário (criança, adolescente ou idoso); baixa escolaridade; não aceitação do diagnóstico; presença de transtornos mentais; efeitos colaterais da medicação; crenças negativas e informações inadequadas em relação à condição de soropositividade; dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento; uso abusivo de álcool e/ou outras drogas; dificuldade de acesso ao serviço; medo de sofrer preconceito; precariedade ou ausência de suporte social (Brasil, 2018; Brasil, 2008).

O estudo conduzido por Costa (2022), de delineamento transversal e observacional, contou com uma amostra de 130 usuários de um Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids do município de Goiânia (GO). Seus dados apontaram que a não interrupção de TARV por conta própria ao longo da história de tratamento, ter mais idade (acima da média de idade de 37,62 anos) e escores indicativos de ausência/baixo risco psicológico de não ajustamento à condição de viver com HIV parecem prever melhores níveis de adesão. Assim,

percebe-se que os dados se comunicam com a literatura sobre o assunto, à medida que pertencer à faixa etária adulta e não possuir transtornos mentais estariam relacionados a melhores níveis de adesão ao tratamento (Brasil, 2018).

Carvalho et al. (2022) realizaram um estudo transversal e descritivo em um ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um hospital universitário, localizado em uma cidade de médio porte do interior do estado de Minas Gerais. A amostra contou com 190 participantes, sendo 51,6% homens, com baixa renda (64,7%) e baixa escolaridade (57,8%). Assim como descrito na literatura (Brasil, 2018), tais fatores parecem dificultar o processo de adesão, já que, considerando a dispensação de medicação, apenas 11% da amostra foi considerada aderente ao tratamento. Contudo, ao se avaliar a adesão por meio do instrumento CEAT-VIH, a aderência foi de 69%.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de tipo observacional, descritivo e transversal, realizado por Silva et al. (2019) com 15 participantes de um grupo de adesão de uma instituição especializada em infectologia na cidade de Teresina (PI). Os dados apontaram para uma amostra majoritariamente masculina (73,3%) e 60% possuíam ensino médio incompleto e 26,6% não haviam completado o ensino fundamental. Acerca da adesão ao tratamento, verificou-se que 66,6% possuíam uma adesão regular/insatisfatória, havendo descontinuidade no tratamento em algum momento. Além disso, foram identificadas interações droga-droga entre os antirretrovirais em 44,4% da amostra, o que poderia afetar a resposta terapêutica e levar à toxicidade, destacando a complexidade do esquema.

O estudo transversal de Primeira et al. (2018), realizado em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, teve uma amostra com 179 usuários. Os dados corroboraram a literatura (Brasil, 2018) por meio da correlação entre sensação de tristeza/depressão, presença de efeitos colaterais e a descontinuidade na ingestão da medicação. A dificuldade de seguir com o tratamento e a ausência de suporte social também foram associadas a problemas na

adesão ao tratamento. Todavia, houve uma associação entre crenças favoráveis à TARV e maior grau de adesão.

O suporte social também foi abordado no estudo transversal realizado por Freitas et al. (2020) com 66 participantes do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (SP). Os dados apontaram para uma correlação entre melhores níveis de adesão e a percepção de suporte social, principalmente entre os homens. Entre as mulheres da amostra, percebeu-se menor percepção de suporte social, o que pode aumentar a sua vulnerabilidade para transtornos mentais.

Apesar dos fatores que podem interferir no processo de adesão serem amplamente discutidos na literatura sobre o assunto (Brasil, 2018; Carvalho et al., 2019; Santos et al., 2020), percebe-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 et al., 2022).

A pesquisa exploratória, de caráter qualitativo, com uso de entrevistas semiestruturadas realizada por Duarte et al. (2022) em uma unidade de infectologia de um hospital público de Salvador (BA), contou com participação de sete profissionais de saúde. Os achados apontaram que os profissionais de saúde 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.

No entanto, um artigo de revisão sistemática e metanálise, elaborado por Costa et al. (2018), apontou resultados interessantes. A partir de pesquisas realizadas em 25 países da América Latina e do Caribe, os pesquisadores investigaram fatores associados à adesão ao tratamento, sendo que 70% das PVHIVs dos estudos identificados tinham bons níveis de

adesão à TARV. As variáveis que prejudicavam a adesão, segundo os estudos incluídos na revisão, foram: presença de depressão, desemprego ou emprego irregular, uso abusivo de álcool e outras drogas e quantidade de comprimidos do esquema terapêutico. Quanto aos bons níveis de adesão, os resultados mostraram, as seguintes variáveis associadas: satisfação com a relação médico-paciente e com o serviço de saúde, e presença de apoio social. O importante do trabalho de Costa et al. (2018) é a identificação de uma variável voltada à relação profissional-usuário e ao serviço de saúde influenciando positivamente a adesão ao tratamento, indo ao encontro do que está sendo problematizado no presente trabalho.

Indo nessa direção, Miranda et al. (2022) realizaram um estudo transversal com abordagem quantitativa em um serviço de atenção especializada (SAE), localizado em um município do interior do Ceará. A amostra foi de 230 usuários e objetivou-se compreender as vulnerabilidades presentes nas vivências destes sujeitos e o impacto na adesão. Quanto à dimensão individual da vulnerabilidade, houve associação entre o suporte social e adesão satisfatória ao tratamento. Acerca dos elementos da vulnerabilidade social, destacaram-se novamente a baixa escolaridade e a baixa renda familiar enquanto preditores de uma adesão insatisfatória. Quanto aos elementos da 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 ao tratamento.

Dessa forma, mesmo com a grande quantidade de pesquisas que abordam o processo de adesão em PVHIV, variáveis 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 em estudos com enfoque na equipe de saúde, nota-se que este 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 et al., 2020).

### **Educação Permanente em Saúde e Capacitação de Profissionais para a Adesão**

No processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de capacitação de profissionais de saúde 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 na presente dissertação. 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], 2019, 2020; Guimarães & Branco, 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, 2018, p. 10). Sobre a EPS, o documento ainda reforça que:

Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (Brasil, 2018, p.10).

Além de investigar a compreensão dos profissionais de saúde 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 et al., 2020). Por outro lado, as intervenções realizadas a fim de capacitar profissionais de saúde sobre adesão ao tratamento, ainda são norteadas, muitas vezes, por fatores referentes aos usuários, ou seja, desconsideram a influência que o profissional, a equipe e o serviço de saúde também possuem no processo de adesão (Santos et al., 2013).

A revisão de literatura realizada por Fonseca e Perez (2023) destacou, em sua construção teórica, a importância do vínculo estabelecido com o profissional da enfermagem – categoria profissional focalizada no artigo –, como fator determinante para a assimilação diagnóstica e a adesão ao tratamento em PVHIV, destacando as condutas relacionadas ao acolhimento e à escuta ativa. Todavia, a responsabilidade e importância do profissional de enfermagem na construção do vínculo com o paciente e, conseqüentemente, a influência de suas condutas do processo de adesão não foi percebida da mesma forma nos resultados encontrados.

A capacitação dos profissionais de saúde para o acolhimento das PVHIV também foi destacada na revisão integrativa realizada por Teché et al. (2023). O estudo ressaltou a receptividade no sistema de saúde, bem como o acolhimento efetivo e a identificação das demandas dos usuários como aspectos que os fariam se sentir seguros e incentivados a permanecer em tratamento. Dessa forma, é crucial que os serviços de saúde e sua equipe estejam preparados para o estabelecimento destas condutas.

A revisão narrativa da literatura realizada por Zuge et al. (2015), objetivou compreender quais seriam as ações do serviço de saúde que contribuiriam para a melhora da

adesão ao tratamento em PVHIV, com base no conceito de vulnerabilidade programática. Os autores assinalaram que:

Dentre os planos analíticos da vulnerabilidade (individual, social e programática), destaca-se a necessidade de ampliar o reconhecimento das ações que envolvem os serviços de saúde, o qual encontra-se implicado ao conceito de vulnerabilidade programática, uma vez que essa possa interferir na adesão ao tratamento (p. 3407).

Mediante a análise de 16 produções de diversos países, os resultados apontaram que compromisso e responsabilidade dos profissionais e da equipe foi a variável de maior importância, seguida do acesso ao serviço e da organização da própria unidade de saúde. Quanto ao tema compromisso e responsabilidade dos profissionais e da equipe, os artigos analisados indicaram as ações da equipe que podem contribuir na adesão: “a comunicação adequada de informações; a avaliação dos fatores que repercutem na adesão; o acolhimento; estabelecimento de intervenções; e a construção de redes de suporte social” (Zuge et al., 2015, p. 3410).

Já a pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, realizada por Malvezzi et al. (2016) com oito profissionais da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), em Campinas (SP), buscou compreender como a equipe concebia a adesão ao tratamento dos usuários do serviço. Os resultados apontaram a concepção de adesão ao tratamento relacionada com o vínculo entre profissional de saúde e usuário, além da forma como a equipe cuida dos usuários e do serviço, destacando o trabalho multidisciplinar, organização do processo de trabalho, flexibilização das agendas, busca ativa dos faltosos, realização do projeto terapêutico singular e a atenção às necessidades assistenciais da pessoa em tratamento. Dessa forma, destaca-se a importância de que tal percepção de corresponsabilidade do profissional de saúde frente à adesão ao

tratamento do usuário em um serviço de saúde mental também possa ser vivenciada nos serviços especializados em HIV/aids.

O estudo conduzido por Santos et al. (2013) em um serviço especializado em infectologia, objetivou analisar a percepção de quatro profissionais de saúde que implementaram uma intervenção no serviço. Os dados apontaram que os profissionais puderam refletir sobre suas práticas de cuidados com as PVHIV, além de favorecer a autonomia e o empoderamento destes sujeitos. Dessa forma, foi possível perceber que a reflexão sobre a conduta dos profissionais não foi suficiente para aprofundar a sua responsabilidade no processo de adesão, sendo realizada de forma superficial. Assim, perde-se a oportunidade de demarcar o papel do profissional e da equipe enquanto atores corresponsáveis do processo de adesão, além de propiciar a culpabilização *a priori* do usuário (Duarte et al., 2022).

Nessa perspectiva, parece haver uma escassez de relatos de experiências e de pesquisas sobre intervenções no contexto da adesão ao tratamento, que tenham sido publicados, direcionadas a profissionais de saúde, que abordem fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde. Assim, intervenções com foco em tais aspectos poderiam propiciar um aumento no que tange à reflexão de tais profissionais sobre sua prática e a possibilidade de compreensão e de mudança em sua atuação e corresponsabilização frente ao processo de adesão na atenção em HIV/aids. Tal mudança, paradigmática, propiciaria um olhar mais cauteloso para os fatores que favorecem o processo de adesão, indo além daqueles relacionados ao próprio paciente (Honorato et al., 2018; Santos et al., 2013).

### **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 (Polejack & Seidl, 2015), a fim de favorecer um maior engajamento e compromentimentos 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; Ravaioli & 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).

A revisão sistemática integrativa realizada por Jacobovski e Ferro (2021) analisou 18 trabalhos e compreenderam as metodologias ativas não só como um método no processo ensino-aprendizagem, mas uma decisão política na produção de conhecimento que é socialmente engajada e articulada com a comunidade universitária, trabalhadores, gestores do

SUS e população. Tal processo, visa a melhoria da formação em saúde e, conseqüentemente, uma melhor assistência em saúde. Além disso, o trabalho destacou oito esferas que estariam relacionadas com os princípios norteadores das metodologias ativas:

A integração entre teoria, prática experiência e territórios; Problematização, reflexão e senso crítico da realidade; Trabalho em equipe, colaboração e comunicação; Interdisciplinaridade e intersetorialidade; Autonomia, iniciativa e protagonismo do educando; Construção ativa, colaborativa e coletiva do conhecimento; Diálogos horizontais e troca de saberes; Aprendizagem significativa (p. 9).

O uso das TICs, bem como o diálogo com tecnologias híbridas no processo ensino-aprendizagem, também é destacado por Silva Júnior et al. (2023) como uma importante ferramenta na utilização das metodologias ativas. Trata-se de temática atual e que se intensificou após a vivência da pandemia da Covid-19 (Campagnoli et al., 2023; Silva et al., 2022). Esses autores apontam para uma forma de repensar a formação do profissional de saúde, face às fragilidades de um modelo de educação tradicional. Neste sentido, destaca-se o protagonismo do profissional de saúde desde seu processo de formação, como possibilidade de transformação.

A valorização da experiência do estudante possui um importante destaque na construção de conhecimento e mudança paradigmática que as metodologias ativas propõem. É importante que o estudante (e futuro profissional de saúde), por meio da problematização, seja capaz de olhar atentamente para a sua realidade e identificar suas vulnerabilidades e necessidades emergentes. Além disso, as respostas para tais problemáticas não são dadas (como no modelo tradicional), mas exigem um intenso processo reflexivo e, necessariamente, colaborativo. Ao fugir de um modelo de aquisição de conhecimento onde o sujeito é passivo, tal processo possibilita o desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas à

autonomia e criatividade na resolução de problemas e aquisição de conhecimento (Caldarelli, 2017).

Ressalta-se que toda a complexidade envolvida no processo de ensino-aprendizagem deve se orientar para atender às necessidades sociais. Dessa forma, as metodologias ativas também se apresentam como uma possibilidade de articulação entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade. Assim, exige-se uma reflexão crítica acerca das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e do Projeto Político Pedagógico (PPP) das Instituições de Ensino Superior (IES), pois a implementação de tais metodologias não se resume à aplicação de novas técnicas de ensino-aprendizagem, mas perpassa também pelo rearranjo nos conteúdos dos cursos (Caldarelli, 2017).

A importância do empenho destinado à implementação e aplicação das metodologias ativas estão relacionadas ao favorecimento do desenvolvimento de capacidades críticas e reflexivas, à medida que se compreende que tais mudanças nas práticas pedagógicas podem favorecer mudanças na atuação dos profissionais de saúde. Dessa forma, tal mudança possibilitaria a diminuição das fragilidades presentes no contexto dos diversos níveis de atenção à saúde no contexto brasileiro, contribuindo para o fortalecimento e transformação da realidade do SUS (Lara et al., 2019; Neves et al., 2020).

## **Justificativa, Objetivos e Hipótese**

### **Justificativa**

O presente estudo se justifica ao abarcar um dos fatores relevantes para o processo de adesão no contexto do HIV/aids — a relação com o profissional de saúde — aspecto que não tem sido pesquisado e discutido de forma suficiente, se comparado a algumas outras variáveis. Compreender a percepção e condutas desses profissionais, e atuar frente a esses resultados, favorece a aquisição de conhecimentos, comportamentos e práticas, por parte da equipe multidisciplinar, pautados no acolhimento, diálogo horizontal e condutas mais assertivas acerca do manejo da adesão de PVHIV, sendo congruente com os ideais de humanização preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, pode propiciar futuras capacitações e auxiliar na implementação de atualizações que estimulem uma cultura institucional comprometida com a adesão de PVHIV.

### **Objetivos**

O estudo teve como objetivo geral 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 responsabilização sobre o processo de adesão em PVHIV.

Os objetivos específicos foram:

- Avaliar a percepção de trabalhadores da instituição a respeito de sua influência e responsabilização no processo de adesão de PVHIV, antes e após a intervenção;
- Elaborar uma intervenção, na modalidade oficina, com nove encontros de 90 minutos cada um, focada em adesão no contexto do HIV/aids, para trabalhadores de uma instituição hospitalar pública;

- Implementar a oficina com os trabalhadores, com base em metodologias pedagógicas ativas e em psicoeducação, acerca do conceito e práticas de adesão e sua função de responsabilização;
- Comparar os resultados das respostas dos trabalhadores, antes e após a intervenção, com técnicas de coleta de dados quantitativas e qualitativas.

### **Hipótese**

A percepção e os conhecimentos sobre adesão ao tratamento em HIV/aids, e a noção de responsabilização dos profissionais de saúde neste processo, serão aprimorados após a intervenção, compatíveis com um conceito complexo, multidimensional e multideterminado de adesão.

## Método

### Tipo de Estudo

Trata-se de estudo com delineamento quase experimental, com seleção por conveniência, com avaliação de grupo único pré e pós intervenção, sem grupo controle. Estratégias de coleta e de análise de dados quantitativas e qualitativas foram aplicadas.

### Participantes

A amostra do estudo foi de conveniência, com trabalhadores selecionados com base em sua disponibilidade e motivação para participar da atividade (Shaughnessy et al., 2012). Participaram trabalhadores de uma unidade hospitalar especializada em infectologia em Goiânia – GO. A atividade contou com oito participantes que se identificaram como pertencentes ao gênero feminino e cisgênero. A idade das participantes variou de 28 a 49 anos ( $M=36,13$ ;  $DP=7,90$ ). Acerca do 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, fizeram parte da amostra 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. Acerca do contato direto com PVHIV, seis participantes informaram possuir contato direto com este público, e duas negaram tal contato.

Sobre o tempo de trabalho na instituição, as respostas variaram de dois anos 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.

### **Critérios de inclusão**

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.

### **Critérios de exclusão**

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.

### **Local do Estudo**

Fundado em 10 de janeiro de 1977, o Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA) surgiu da união do antigo Hospital Osvaldo Cruz e do Hospital Pênfigo de Goiás, passando a funcionar no endereço Avenida Contorno nº 3556, Jardim Bela Vista, Goiânia (GO), onde se encontra até hoje. O HDT/HAA oferece serviços no campo da saúde pública, prestando atendimento eletivo e de emergência de média e alta complexidade em infectologia e dermatologia sanitária, sendo referenciado pelos Complexos Reguladores Estadual e Municipal.

Em 2014, se tornou o primeiro hospital de infectologia do país e o segundo hospital público da Região Centro-Oeste a receber o selo de qualidade ONA 1, conferido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Em 2018, tornou-se o primeiro e único hospital especialista em infectologia no Brasil certificado como Acreditado Pleno - Nível 2, pela ONA. Em 2023, ao conquistar o selo ONA 3 – Acreditado com Excelência, tornou-se o único da América Latina, em sua especialidade, a receber o selo de qualidade.

Acerca da disposição dos leitos, a instituição possui 121, sendo 71 de internação adulto (contando com enfermarias com quartos compartilhados e de isolamento), 11 de

internação pediátrica (contando com quartos compartilhados e de isolamento), 19 de UTI adulto (divididos em UTI A e B), quatro de UTI pediátrica, seis de emergência e 10 de hospital-dia. A instituição oferece atendimento especializado em infectologia e dermatologia, mas possui outras especialidades médicas que oferecem suporte clínico ao atendimento dos pacientes com perfil da unidade, além de contar com equipe multidisciplinar, totalizando cerca de 900 trabalhadores, entre estatutários, celetistas, pessoas jurídicas (PJs) e terceirizados.

Além do quadro de trabalhadores, a instituição apresenta a possibilidade de realização de trabalho voluntário, estabelecimento de parcerias com Universidades para realização de estágios supervisionados em nível de graduação e o programa jovem aprendiz, integrando ainda os programas de Residência Multiprofissional em Saúde, Residência em Área Profissional da Saúde e Residência Médica.

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 que funciona de segunda-feira à sexta-feira. Ainda acerca das ações voltadas exclusivamente para o HIV/aids, a instituição conta com o Programa Prevenir para a Vida, um programa que visa prevenir, reduzir e controlar o HIV/aids nos casos de transmissão vertical (quando a criança é infectada durante a gravidez, parto ou amamentação). Por meio desse programa, mães vivendo com o vírus HIV são acompanhadas durante a gravidez e seus filhos recebem a fórmula láctea até completarem um ano e meio de idade, ultrapassando o período recomendado pelo Ministério da Saúde, que é de 12 meses. Mais de 1.300 mulheres já participaram do programa e a taxa de transmissão vertical é próxima de zero.

### **Instrumentos**

Foi feita uma breve revisão da literatura não sistematizada acerca do assunto (que incluiu artigos citados na introdução do presente estudo) em que foram elencados pontos que

abarcaram as dimensões da adesão referentes à corresponsabilização do profissional da área da saúde, além de demais profissionais que atuam no contexto institucional de forma direta ou indireta. Tal processo possibilitou a elaboração de dois instrumentos para o estudo.

**Questionário de dados sociodemográficos.** Trata-se de um questionário que incluiu questões sobre a idade, gênero, profissão, formação, área de atuação no contexto institucional, tempo de atuação na instituição, realização de capacitação ou curso sobre adesão ao tratamento (Anexo 1).

**Questionário sobre conhecimento e percepção acerca de sua influência e corresponsabilização no processo de adesão da PVHIV.** Trata-se de um questionário semiestruturado 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. 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. O questionário foi aplicado via *Google forms* de maneira online (Anexo 2).

**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?).

### **Aspectos Éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília (Parecer nº 5.741.779) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HDT/HAA (Parecer nº 5.892.443), conforme Anexo 3.

Foi garantido ao participante que suas informações seriam utilizadas exclusivamente para fins científicos, por meio de protocolos com objetivo de garantir 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 lhe garantiu o direito ao sigilo e à responsabilidade ética do pesquisador frente aos dados coletados.

Os riscos desta pesquisa foram mínimos. Caso o participante apresentasse reações emocionais que comprometessem sua participação durante a coleta de dados, esta seria suspensa e o serviço de Psicologia seria acionado para fornecer a assistência adequada ao participante, o qual teria total liberdade de escolher se continuaria ou se encerraria sua participação no estudo. Caso o participante prosseguisse, o apoio psicológico seria ofertado ao final da participação, no mesmo dia. Durante a intervenção foi adotada uma postura de acolhimento, cooperação e compartilhamento de saberes de parte do facilitador, de modo que situações que pudessem acarretar qualquer desconforto ou constrangimento aos participantes fossem minimizadas, e mesmo eliminadas.

A pesquisa pode proporcionar, de forma geral, maiores informações acerca de aspectos relevantes sobre a atuação dos profissionais de saúde e o processo de adesão em PVHIV. Assim, os profissionais de saúde participantes tiveram a possibilidade de refletir sobre suas condutas, além de revisar seus conhecimentos e aprender novas práticas favorecedoras do processo de adesão. Dessa forma, a intervenção possibilitou a mudança em

relação à atuação destes profissionais. Ademais, além da relevância científica acerca da temática abordada, tal pesquisa amplia a possibilidade de capacitações profissionais futuras na instituição em que foi realizada.

### **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 (Pasquali, 2010).

Após apurado os dados da aplicação na etapa piloto, a amostra para participar da pesquisa foi convidada. 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. Destaca-se que a seleção dos trabalhadores contou com entraves relacionados ao dia e horário da intervenção, bem como a não liberação das atividades institucionais para a participação da intervenção, por parte de gestores. Além disso, a participação dos trabalhadores na intervenção esteve muito relacionada a outra variável, que foi o interesse do próprio profissional pela temática. 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 a fim de abarcar as questões mais emergentes em relação ao tema, com foco na corresponsabilização do profissional de saúde 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 do instrumento, também por *link* via *Google forms*. Os dados foram tabulados e analisados, além de ocorrer a comparação com os resultados obtidos na primeira aplicação do instrumento. Desta forma, foi possível verificar a relevância da variável intervenção na percepção e nível de conhecimento dos profissionais acerca de sua influência na responsabilização frente à adesão das PVHIV.

### **Intervenção**

A proposta de intervenção contou com temas que foram trabalhados nos encontros referentes à temática central. A abordagem dos temas na intervenção em grupo foi feita por meio de técnicas pedagógicas com base em metodologias ativas (Polejack & Seidl, 2015), incluindo troca de experiências entre os participantes, trabalhos em pequenos grupos e em grande grupo, estudos de caso, *role playing*, dinâmicas de grupo, uso de materiais lúdicos (colagens, pinturas), mediadas pelo pesquisador, bem como momentos expositivos dialogados. Além disso, todas as técnicas tiveram por base o processo de psicoeducação, a fim de que crenças fossem desmistificadas e informações com embasamento científico fossem reforçadas.

A psicoeducação pode ser compreendida como uma conduta psicológica, e também pedagógica, que possui a finalidade de ensinar sobre determinados assuntos, em especial os que versam sobre conteúdos da ciência psicológica. Todavia, tal processo de aprendizagem não ocorre de maneira unilateral, já que o sujeito que recebe as informações também expõe seus pensamentos sobre a temática e tem um papel ativo. Além disso, a psicoeducação objetiva que as reflexões geradas por meio do processo possibilitem mudanças em nível de pensamentos e de comportamentos (Carvalho et al., 2019; Lemes & Neto, 2017).

De forma sintética, os encontros do grupo estão descritos a seguir, destacando seus objetivos e como foram organizados. Os nove encontros estão apresentados de forma detalhada no Anexo 4.

### **1º Encontro**

Temática abordada: Apresentação do grupo, integração dos participantes, estabelecimento de contrato para funcionamento do grupo.

Objetivos: Conhecer os membros do grupo. Esclarecer sobre a proposta de intervenção e seus objetivos, coletar o consentimento de todos os membros (antes já terão consentido na resposta online). Aprender sobre as expectativas dos membros acerca do processo interventivo.

Procedimentos: Foi realizada a apresentação dos objetivos da atividade de capacitação. Em seguida, realizou-se dinâmica de apresentação oral de todos membros do grupo (formação, período de trabalho na instituição, setor onde atua, atividade que gosta de fazer fora do ambiente de trabalho). O grupo foi dividido em duplas de maneira aleatória e, após período de discussão, cada um deveria fazer a apresentação do outro, com base nas questões acima. Foi realizado o estabelecimento de informações sobre os encontros e o contrato de todos os membros sobre a participação. O grupo foi estimulado a propor combinados para o bom funcionamento da oficina, além de contar com a intervenção do facilitador no momento em que pontos importantes não foram citados. Foi realizada dinâmica das expectativas do grupo acerca dos encontros: cada participante recebeu três pedaços de um papel cartolina e escreveram palavras ou frases curtas que expressassem suas expectativas em relação ao processo de intervenção. Ao fim, as cartolinas com as palavras escritas foram afixadas em uma parede e lidas pelo facilitador, de modo a ver os pontos de convergência e de consonância.

### **2º Encontro**

Temática abordada: HIV/aids em seus processos biológicos, psicossociais e históricos.

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.

Procedimentos: De forma oral, os membros foram questionados sobre o quanto consideravam que conheciam sobre a temática do HIV/aids. Posteriormente, com base no tempo de atuação frente a temática do HIV (menos de 5 anos, entre 5 e 10 anos, mais de 10 anos), os participantes foram divididos em grupos menores e realizaram uma atividade onde deveriam preencher lacunas contendo apenas datas com os marcos da história do HIV/aids. Todas as alternativas a serem preenchidas nas lacunas estavam dispostas aleatoriamente em placas sobre a mesa. Após a conclusão do preenchimento, o pesquisador disponibilizou o gabarito do preenchimento, além de realizar uma exposição com base neste gabarito para abordar a temática. Por fim, foram apresentados dois vídeos sobre a história do HIV a fim de que as informações fossem reforçadas.

### **3º Encontro**

Temática abordada: O que é adesão? (Parte 1).

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.

Procedimentos: Foi realizada dinâmica em que cada participante recebeu um papel onde deveria escrever qual o seu entendimento sobre o conceito de adesão, ou, na dificuldade de formular uma sentença, este poderia expressar palavras que o remetessem ao conceito. Posteriormente, os papéis foram recolhidos e, de forma aleatória, entregues novamente para os participantes, de modo que cada um tivesse em mãos papéis de outros membros do grupo. Cada participante deveria expor de maneira oral o conteúdo da folha recebida. Os participantes afixaram no quadro branco os papéis recebidos e o facilitador estimulou a análise da produção total do grupo sobre o conceito, favorecendo reflexões do grupo sobre adesão a tratamento. Após a dinâmica, o pesquisador realizou uma exposição oral a fim de esclarecer a definição de adesão, bem como seus princípios norteadores. Após a exposição, os participantes foram

instigados a relatar situações em que o conceito de adesão, bem como seus princípios norteadores, pudessem ser percebidos em sua prática profissional.

#### **4º Encontro**

Temática abordada: O que é adesão? (Parte 2).

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.

Procedimentos: Inicialmente, os participantes foram questionados pelo facilitador sobre a sua percepção acerca do impacto do diagnóstico de HIV na vida dos sujeitos e a forma como tal impacto poderia repercutir sobre a adesão ao tratamento. Após ouvir cada membro, o facilitador utilizou das respostas para tecer um ponto em comum. Os participantes foram divididos em dois subgrupos (composição diversificada, conforme a formação profissional) e cada subgrupo foi responsável por elencar pontos distintos (foi definido por sorteio qual grupo trabalharia cada tema). Um grupo deveria apresentar fatores presentes em sua instituição de trabalho (aspectos organizacionais) e nos trabalhadores (aspectos dos profissionais de saúde) que poderiam facilitar o processo de adesão, enquanto o outro grupo deveria apresentar fatores presentes em sua instituição (aspectos organizacionais) e nos trabalhadores (aspectos dos profissionais de saúde) que poderiam dificultar a adesão ao tratamento. No grande grupo, a produção de cada subgrupo foi afixada no quadro branco e um relator de cada subgrupo apresentou os pontos identificados, propiciando uma discussão em grupo acerca dos pontos elencados. Os dois subgrupos puderam incluir aspectos não pensados anteriormente acerca de facilitadores e dificultadores. Por fim, com base na dinâmica realizada anteriormente, o facilitador sintetizou fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento, em momento expositivo dialogado, abordando ainda as dimensões que compõe o processo de adesão.

### **5º Encontro**

Temática abordada: Situações de Especial Atenção.

Objetivos: Abordar dentro da vivência com HIV/aids, grupos que necessitam de especial atenção: pessoas idosas; aspectos referentes à maternidade, paternidade e gestação; crianças e adolescentes; pacientes com alterações psicológicas e psiquiátricas; abuso de álcool e/ou outras drogas; pessoas em situação de exclusão social importante; pessoas LGBTIAP+. Esclarecer sobre o trabalho realizado pelo Setor de Adesão da instituição.

Procedimentos: Inicialmente, os participantes foram questionados pelo pesquisador acerca de seu nível de compreensão ou sua avaliação acerca de grupos que necessitavam de uma especial atenção ao vivenciarem a temática do HIV/aids. Posteriormente, em duplas, os participantes sortearam de forma aleatória um grupo (idosos, maternidade/paternidade e gestação, crianças e adolescentes, pacientes com alterações psicológicas e psiquiátricas e abuso de álcool e/ou outras drogas, pessoas em situação de exclusão de exclusão social importante, pessoas LGBTIAP+) e deveriam argumentar acerca dos fatores que corroboravam para que tal grupo necessitasse de uma especial atenção. Além disso, estes deveriam expor qual a sua vivência no atendimento a tais grupos, bem como a forma que sua conduta profissional se expressava neste. No grande grupo, por meio da mediação do pesquisador, houve a argumentação e discussão com os demais participantes com base na produção de cada dupla. Após a discussão, o pesquisador esclareceu a forma como a atenção especial é direcionada a cada um dos grupos por meio do trabalho realizado no Setor de Adesão do HDT/HAA.

### **6º Encontro**

Temática abordada: Sistema de Saúde e Equipe de Saúde.

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.

Procedimentos: Inicialmente, cada membro recebeu parte de uma folha de papel A4 cortada na horizontal e, em uma palavra ou frase curta, deveria responder à questão: “eu como usuário de um serviço de saúde... como gostaria de ser atendido? ”. Após todas as respostas serem escritas, sem identificação, o facilitador as recolheu e, de forma aleatória, leu cada uma. As respostas escritas pelos membros foram discutidas no grupo quanto a aspectos que focalizavam a relação profissional de saúde-usuário. Posteriormente, de maneira oral, os participantes deveriam elencar características presentes no Sistema de Saúde que atuavam de maneira a facilitar ou a dificultar o processo de adesão dos usuários. Todos os pontos elencados foram escritos em um quadro branco pelo pesquisador. Após, estes deveriam refletir e expor a forma como tais pontos elencados poderiam ser percebidos em sua instituição hospitalar. Por fim, também de maneira oral, os participantes deveriam elencar habilidades e competências necessárias de um profissional de saúde e da equipe de saúde. Todos os pontos elencados foram escritos em um quadro branco pelo pesquisador. Após, estes deveriam refletir e expor a forma como percebiam tais habilidades e competências presentes em si e em sua equipe na instituição.

### **7º Encontro**

Temática abordada: Profissional de saúde e adesão.

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. Discutir a noção de habilidades sociais necessárias para a atuação do profissional de saúde.

Procedimentos: Foi realizada a dinâmica “que profissional de saúde eu sou?”. Nesta dinâmica, cada membro recebeu folha de papel e caneta contendo a questão “que profissional de saúde eu sou?”. Cada profissional deveria elencar pontos fortes de sua atuação como profissional de saúde e também pontos passíveis de melhoria. O pesquisador recolheu todas as folhas preenchidas de forma anônima e, de forma aleatória, cada membro recebeu uma folha com anotações de um dos participantes. As respostas foram lidas por cada membro e, em grupo, os pontos elencados foram discutidos. Em seguida, o pesquisador escreveu no quadro branco a seguinte questão: “Qual é a minha responsabilidade no processo de adesão do paciente que vive com HIV do HDT/HAA? ”. Os membros tiveram um tempo estipulado para refletir sobre o questionamento e suas respostas foram compartilhadas no grupo. Por fim, o pesquisador utilizou as respostas a esta última pergunta para articular a noção de habilidades sociais necessárias ao profissional de saúde, bem como a importância da integralidade do cuidado e da comunicação efetiva na instituição.

### **8º Encontro**

Temática abordada: Estudos de caso e adesão.

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

Procedimentos: Os membros do grupo foram divididos em duplas e cada dupla recebeu uma folha contendo um estudo de caso sobre a temática de adesão ao tratamento. As duplas tiveram um tempo estipulado para ler e discutir o caso recebido. Posteriormente, cada dupla realizou um *role play* acerca do caso recebido, onde um integrante foi o paciente e o outro o profissional de saúde. Após cada encenação do caso, o grupo apresentou suas percepções sobre a cena vivenciada, apontando pontos fortes e frágeis observados no atendimento encenado, além dos integrantes da dupla compartilharem suas vivências nos dois papéis.

## **9º Encontro**

Temática abordada: Encerramento.

Objetivos: Identificar a percepção dos membros acerca da oficina e dos encontros realizados.

Realizar o encerramento da intervenção da oficina.

Procedimentos: Os membros refletiram acerca de aspectos institucionais que foram identificados ao longo dos encontros e que dificultavam o processo de adesão ao tratamento.

Tais pontos foram elencados e estes propuseram formas para que tais informações fossem transmitidas à diretoria da instituição. Posteriormente, cada membro do grupo expôs suas percepções acerca da vivência na oficina. Além disso, o grupo refletiu se as expectativas iniciais foram atendidas, expôs suas sugestões de melhoria para a capacitação, além de refletir se o objetivo da intervenção foi atingido ou não. Em seguida, foi realizada a dinâmica da rede: de pé, em círculo, um participante segurando um rolo de barbante. Cada um deveria dizer uma palavra ou frase curta que representasse a sua experiência com os encontros, enquanto jogava o rolo para uma pessoa da roda, após enrolar um pedaço de barbante no dedo. Assim, houve a construção de uma imagem integrada, tipo rede ou teia, com a participação de cada membro. Por fim, o pesquisador enviou um *link* para os participantes contendo o questionário respondido antes do processo de intervenção.

Em oito encontros, exceto no nono, visando uma avaliação de processo da atividade, os participantes responderam de forma anônima um breve questionário, com base em 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?).

## **Análise dos Dados**

Os dados de natureza quantitativa 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%.

Já 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. 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.

## 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.

A Tabela 1 exibe a frequência de presença das participantes, que foram denominadas de P1 a P8, em relação aos nove encontros realizados na oficina.

Tabela 1.

*Frequência de Presença dos Participantes em Relação aos Nove Encontros Realizados (N=8)*

Participantes	Frequência (%)
P1	88,88
P2	100
P3	77,77
P4	88,88
P5	100
P6	66,66
P7	44,44
P8	100

Percebe-se que as maiores frequências de presença foram compostas pelas participantes P2, P5 e P8 (100%), que não faltaram a nenhum dos nove encontros realizados. Em seguida, P1 e P4 (88,88%), estiveram presentes em oito encontros. A participante P3 (77,77) esteve presente em sete encontros e P6 (66,66) esteve presente em seis encontros. Somente a participante P7 (44,44%) obteve uma frequência menor que 50% nos encontros, pois esteve presente em quatro encontros e parte de suas ausências foram justificadas por um período de férias já programadas.

## 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. A Tabela 2 descreve os resultados referentes ao escore médio e desvio-padrão do grupo, bem como os dados de cada participante.

Tabela 2.

*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

Ao analisar o escore médio pré-intervenção (49,0) e o pós-intervenção (51,38), nota-se que houve um aumento de 2,38 em relação à percepção e ao conhecimento dos participantes acerca da influência das variáveis apresentadas para a adesão ao tratamento das PVHIV. 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. Outros quatro participantes obtiveram aumento nos escores na fase pós-teste, revelando visão mais abrangente acerca dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento no contexto do HIV/aids.

Acerca da participante P2, não houve alteração dos escores nos dois momentos, permanecendo 40. Além disso, houve um decréscimo na pontuação de duas participantes: P7

obteve 43 na pré-intervenção, diminuindo para 40 na pós-intervenção; P8 teve 41 na pré-intervenção, diminuindo para 37 na pós-intervenção.

Explorou-se ainda os resultados a partir do percentual de respostas aos 20 itens do questionário (Tabela 3), com base em escala Likert de quatro pontos (0 = nada; 3=bastante), lembrando que os escores do instrumento poderiam variar de zero a 60.

Tabela 3.

*Percentual (%) de Respostas aos Itens do Instrumento, nas Fases Pré e Pós-intervenção*

Conteúdo dos itens	Pré-Pós	Pré-Pós	Pré-Pós	Pré-Pós
	Nada	Pouco	Muito	Bastante
Responda o quanto você acredita que as seguintes situações influenciam o processo de adesão...				
1. Complexidade do tratamento (quantidade de remédios, doses, uso contínuo etc)	---	---	62,5-37,5	37,5-62,5
2. Conhecimento e compreensão sobre a doença de parte do paciente	---	---	50-37,5	50-62,5
3. Acolhimento da equipe multiprofissional ao paciente	---	---	50-37,5	50-62,5
4. Capacitação adequada sobre adesão da equipe multiprofissional	---	---	62,5-37,5	37,5-62,5
5. Acesso a medicação e à instituição de saúde	---	---	50-37,5	50-62,5
6. Presença de apoio social (amigos, familiares)	---	---	25-50	75-50
7. Faixa etária do paciente (criança, adolescente, adulto, idoso)	---	12,5-0	62,5-37,5	25-62,5
8. Baixa escolaridade do paciente	---	12,5-12,5	50-37,5	37,5-50
9. Não aceitação do diagnóstico	---	---	37,5-37,5	62,5-62,5
10. Presença de transtornos mentais (depressão, ansiedade, etc)	---	0-12,5	37,5-25	62,5-62,5
11. Presença de efeitos colaterais da medicação	---	0-12,5	62,5-37,5	37,5-50
12. Relação insatisfatória do profissional de saúde com o usuário	---	25-0	37,5-50	37,5-50
13. Relação insatisfatória do usuário com o serviço de saúde (instituição)	---	12,5-0	62,5-37,5	25-62,5
14. Crenças negativas sobre o diagnóstico de parte do usuário	---	0-12,5	37,5-37,5	62,5-50
15. Informações erradas/distorcidas sobre o tratamento e a doença de parte do paciente	---	---	37,5-25	62,5-75
16. Dificuldade do paciente de adequar o tratamento à rotina do dia a dia	---	---	50-50	50-50

17. Abuso de álcool e/ou outras drogas pelo paciente	---	---	50-37,5	50-62,5
18. Dificuldade de acesso ao serviço (preço do transporte, distância do serviço)	---	12,5-0	37,5-37,5	50-62,5
19. Medo do paciente de sofrer com preconceito ou discriminação	---	---	37,5-37,5	62,5-62,5
20. Precariedade/ausência de suporte social e exclusão social	---	---	50-37,5	50-62,5

Das 20 variáveis avaliadas nas fases pré e pós-intervenção, em nenhuma delas as participantes assinalaram a alternativa “nada” para descrever a forma como estas influenciariam no processo de adesão ao tratamento de PVHIV. Na fase pré-intervenção, a alternativa “pouco” foi assinalada para cinco aspectos, em comparação à fase pós-intervenção, em que a alternativa foi assinalada para quatro variáveis. Em 13 das 20 variáveis analisadas, houve a diminuição do percentual da escolha “muito” da fase pré-intervenção para a fase pós-intervenção. Ademais, em 14 das 20 das variáveis analisadas, houve o aumento do percentual da escolha “bastante” da fase pré-intervenção para a fase pós-intervenção.

#### **Comparação entre a fase pré-intervenção e a pós-intervenção**

Foi realizado o teste de *Wilcoxon Signed Rank* (Tabela 4) para avaliar em que medida as respostas assinaladas pelas participantes eram equivalentes entre as fases pré e pós-intervenção. Percebe-se que, apesar do aumento das médias e medianas na fase pós-intervenção em relação à pré-intervenção, os resultados não foram estatisticamente significativos ( $z = -1,187$ ;  $p = 0,235$ ).

Tabela 4.

*Estatísticas Descritivas das Respostas aos Itens do Instrumento, nas Fases Pré e Pós-intervenção (N=8)*

Percepção dos participantes sobre a influência das variáveis	Média	Desvio-padrão	Mediana
Pré-intervenção	49,0	6,84	51,0
Pós-intervenção	51,38	10,36	57,50

*Nota. Negative ranks: média = 3,50; Positive ranks: média= 4,20.*

## Análises Qualitativas

O questionário sobre conhecimento e percepção acerca de sua influência e corresponsabilização no processo de adesão da PVHIV também 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, com base nos relatos escritos dos participantes: adesão como um fenômeno complexo e multideterminado; definição insuficiente de adesão (Tabela 5).

Tabela 5.

*Categorias Referentes à Noção de Adesão ao Tratamento dos Participantes nas Fases Pré e Pós-intervenção*

<b>Pré-intervenção</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Freq.</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
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>  <i>Paciente estar ciente da sua doença, dos medicamentos que deve tomar, das orientações de mudança de hábitos e aderir às condutas repassadas a ele (P3)</i>
Definição insuficiente de adesão	3	O conceito de adesão foi definido de maneira pouco explícita, vaga.	<i>Acolhimento (P5)</i>  <i>Fator multidimensional que impacta diretamente no processo saúde/doença de uma pessoa (P6)</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>

<b>Pós-intervenção</b>			
Categoria	Freq.	Definição	Exemplos de relatos
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	<p><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 perpassa por todo processo de atendimento ao paciente, seja psicológico, nutricional, entre outros (P2)</i></p> <p><i>O processo de adesão significa o apoio e respeito dos profissionais - desde a recepção até o médico - ao paciente diante de suas dúvidas e dificuldades, auxiliando na compreensão do seu diagnóstico e importância do tratamento contínuo. Além de rastreabilidade de perfis com maiores dificuldades para adesão ao tratamento, possibilitando avaliar formas de auxílio e, também, a participação e acolhimento familiar (se desejo do paciente) ao longo do tratamento (P4)</i></p>
Definição insuficiente de adesão	3	O conceito de adesão foi definido de maneira pouco explícita, vaga.	<p><i>Quando as expectativas e comportamentos do paciente coincidem com o tratamento proposto (P7)</i></p> <p><i>Paciente ser atendido de forma empática, ser orientado conforme suas demandas e grau de entendimento (P8)</i></p>

Na frase pré-intervenção, três relatos foram associados à categoria “concepção biomédica de adesão”, três relatos foram agrupados na categoria “definição insuficiente de adesão”, enquanto dois relatos se destinaram à categoria “conceito mais abrangente, mas com foco no tratamento medicamentoso”. Já na fase pós-intervenção, houve a supressão de duas categorias presentes na fase pré-intervenção: “concepção biomédica e de adesão” e “conceito mais abrangente, mas com foco no tratamento medicamento”, com o surgimento de uma nova

categoria, “adesão como fenômeno complexo e multideterminado”, que abrangeu cinco relatos. Além disso, houve a manutenção da categoria “definição insuficiente de adesão” com três relatos.

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 identificadas: aspectos da relação profissional-usuário, da pessoa e programáticos; aspectos da pessoa e da relação profissional-usuário. A Tabela 6 descreve esses resultados.

Tabela 6.

*Categorias Referentes à Questão Qual(ais) Fator(es) Mais Influenciam no Processo de Adesão: Fases Pré e Pós-intervenção*

<b>Pré-intervenção</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Freq.</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
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>

<b>Pós-intervenção</b>			
Categoria	Freq.	Definição	Exemplos de relatos
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	<p><i>Em relação ao paciente: compreensão da sua condição de saúde e importância do tratamento. Profissionais de saúde: compreensão da condição do paciente, compreensão do tratamento do paciente (farmacológico e não farmacológico), respeito ao paciente, comunicação assertiva, empatia. Instituição: ambiente adequado para conversa com o paciente, disponibilidade dos medicamentos necessários para o tratamento (P5)</i></p> <p><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></p>
Aspectos da pessoa e da relação profissional-usuário	3	Destaque para variáveis da pessoa e as que fazem referência à relação profissional-usuário	<p><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></p>

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.

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 próxima 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: corresponsabilização. A Tabela 7 apresenta os dados encontrados.

Tabela 7.

*Responsabilidade do Profissional de Saúde no Processo de Adesão: Fases Pré e Pós-Intervenção*

<b>Pré-intervenção</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Freq.</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Corresponsabilização	3	O profissional de saúde foi compreendido como corresponsável pelo processo de adesão ao tratamento	<i>Através da explicação ao paciente quanto ao seu tratamento e a disponibilização de apoio e orientações necessárias pelo profissional (P4)</i>  <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>
<b>Pós-intervenção</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Freq.</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Corresponsabilização	8	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 dever 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>  <i>Acredito que metade é responsabilidade do profissional e metade do paciente, o profissional oferecendo todas as informações necessárias para o processo de tratamento, esclarecendo dúvidas, acompanhando e acolhendo, e a outra metade é do paciente fazendo a sua parte de aderir e se responsabilizar pelo tratamento proposto (P3)</i>

Percebeu-se que, na fase pré-intervenção, três relatos foram associados à categoria “corresponsabilização” e dois relatos foram associados à categoria “indefinido”. Já as categorias “corresponsabilização e outros fatores”, “foco excessivo no profissional” e “maior

responsabilidade do paciente”, contaram, cada uma, com um relato. Na fase pós-intervenção, houve a supressão de todas as categorias que contaram com um relato associado na fase anterior, bem como a categoria “indefinido”. Além disso, houve a manutenção e aumento de relatos presentes na categoria “corresponsabilização”, sendo as oito respostas dos participantes associados a categoria nesta fase.

A última questão aberta do instrumento, após os 20 itens que foram assinalados e analisados em seus aspectos quantitativos, solicitava: “Com base nos 20 fatores acima, assinale os três mais importantes para você no que concerne a afetar a adesão ao tratamento em HIV/aids”. O objetivo da questão se direcionou a compreender se a vivência da oficina interventiva iria alterar a quantidade de vezes em que a corresponsabilização do profissional/equipe de saúde seria apontada como um dos três fatores que mais afetava o processo de adesão ao tratamento. A Tabela 8 exibe os achados.

Tabela 8.

*Corresponsabilização do Profissional/Equipe Enquanto uma das Variáveis que Mais Afeta a Adesão ao Tratamento: Fases Pré e Pós-Intervenção*

<b>Pré-intervenção</b>	
Frequência	Relatos das participantes
4	<i>O acolhimento e orientações prestadas pelos funcionários durante o atendimento (P1)</i>
	<i>Apoio da equipe multiprofissional (P2)</i>
	<i>Acolhida da equipe multiprofissional ao paciente (P4)</i>
	<i>Relação insatisfatória do profissional de saúde com o usuário (P5)</i>
<b>Pós-intervenção</b>	
Frequência	Relatos das participantes
6	<i>Acolhimento da equipe. Eu tratar meu paciente robotizado, ou seja, mais um que descobriu HIV recente, pode e vai influenciar no tratamento desse paciente (P1)</i>
	<i>Acolhimento da equipe multiprofissional (P2)</i>
	<i>Acolhimento da equipe multiprofissional ao paciente (P3)</i>
	<i>Acolhimento da equipe multiprofissional ao paciente (P4)</i>
	<i>Capacitação adequada sobre adesão da equipe multiprofissional (P8)</i>
	<i>Relação insatisfatória do profissional de saúde com o usuário (P8)</i>

Na fase pré-intervenção, observou-se que a corresponsabilidade do profissional de saúde/equipe foi assinalada, como um dos fatores mais importantes no que concerne a afetar a adesão ao tratamento em HIV/aids, quatro vezes. Já na fase pós-intervenção, houve o aumento em relação à frequência com que este fator foi assinalado pelas participantes, sendo observado seis vezes.

A Tabela 9 apresenta exemplos de respostas dos participantes nas fichas de avaliação que foram entregues ao final dos oito primeiros encontros da oficina, como avaliação de processo. A ficha de avaliação apresentava campos relacionados a aspectos que estes consideraram proveitosos do encontro, denominado “que bom”, aspectos negativos do encontro, denominados “que pena”, e a possibilidade de melhoria para os próximos encontros, denominado “que tal? ”.

Tabela 9.

*Avaliações dos Participantes Durante os Oito Encontros da Oficina*

<b>Aspecto avaliado</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
<b>Que bom</b>	<p><i>A troca realizada entre os profissionais</i></p> <p><i>Compartilhar com pessoas de diferentes opiniões e vivências</i></p> <p><i>Iniciativa do facilitador</i></p> <p><i>A temática discutida</i></p> <p><i>Conhecimento adquirido</i></p> <p><i>É sempre muito bom. É uma oportunidade de compartilhar conhecimentos e aprender</i></p> <p><i>Poder olhar como estou como profissional e poder ver e compartilhar com outros profissionais</i></p> <p><i>Oportunidade de revisar conhecimentos que ao longo do tempo foram esquecidos</i></p> <p><i>Adorei a metodologia, os ensinamentos trouxeram muitas informações novas</i></p> <p><i>As dinâmicas utilizadas foram boas, evitando assim um encontro somente teórico</i></p> <p><i>Rápido, prático e leve</i></p> <p><i>A condução do encontro pelo facilitador e a participação de todos</i></p> <p><i>Roleplay utilizado</i></p>
<b>Que pena</b>	<p><i>Não se aplica</i></p> <p><i>Nem todos integrantes compareceram/Adesão de todos os participantes</i></p> <p><i>Que é restrito a poucos participantes</i></p> <p><i>Que passou rápido</i></p>

---

<b>Que tal?</b>	<p><i>Que os encontros estão acabando</i></p> <p><i>Que não temos apoio institucional diante das demandas identificadas</i></p> <p><i>Não há a presença de profissionais médicos nos participantes do grupo</i></p>
	<hr/> <p><i>Incluir o tema “adesão” nos treinamentos institucionais</i></p> <p><i>Que seja servido café</i></p> <p><i>Dinâmicas para que os profissionais possam “quebrar o gelo”</i></p> <p><i>Foto em grupo</i></p> <p><i>Criarmos a partir deste grupo multiplicadores para rodas de conversa sobre o tema</i></p> <p><i>Aumentar o tempo de encontro e estender para outras pessoas</i></p> <p><i>Gerar um alerta antes para cada um do grupo a fim de diminuir os atrasos</i></p> <p><i>Propor ações diretamente com a diretoria institucional voltadas para a melhoria da comunicação institucional</i></p> <hr/>

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 da oficina. 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 possibilidades de melhoria durante os encontros da oficina. Já as sugestões que as participantes apresentaram durante os encontros da oficina 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.

## 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.

Para que a intervenção no modelo de oficina fosse realizada, houve previamente a revisão não sistematizada da literatura acerca da temática do processo de adesão ao tratamento em PVHIV, a fim de que os principais pontos fossem identificados e os instrumentos que os abarcassem fossem elaborados, aspecto que caracteriza um mérito do estudo. Participaram da intervenção oito colaboradoras que se identificaram como pertencentes ao gênero feminino e cisgênero, número aquém do que havia sido pensado para a realização da atividade, à guisa de exemplo, para que estas profissionais fossem selecionadas, cerca de 15 trabalhadores da instituição foram abordados, a proposta da oficina foi apresentada e o convite foi realizado.

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 et al., 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.

A baixa motivação dos trabalhadores como uma barreira diante de uma proposta de EPS também foi identificada no trabalho de Santos et al. (2021): estudo de caso com abordagem exploratória, descritiva e de natureza quantitativa, realizado com 63 profissionais

de enfermagem de uma instituição especializada em oncologia pediátrica no estado de Sergipe. O objetivo do trabalho foi identificar a frequência com que tais profissionais realizavam capacitações voltadas para esta atuação específica (oncologia pediátrica). No estudo, 15% dos entrevistados afirmaram desacreditar em ações de aperfeiçoamento profissional.

Dados semelhantes foram encontrados por Jesus et al. (2020), em um estudo qualitativo realizado com nove enfermeiros e cirurgiões-dentistas egressos de uma especialização em saúde da família no interior de Minas Gerais. Dentre os desafios encontrados 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. Que motivos levariam a esse desinteresse? Tema importante para estudos futuros.

Após a explicação sobre a proposta de intervenção e a realização dos convites, inicialmente 10 trabalhadores haviam aceitado participar da oficina. Todavia, dois participantes compareceram em apenas um encontro e, por faltas consecutivas, acabaram por desistir com a justificativa de que não possuíam tempo para participar, ou que o horário da oficina interferia negativamente em sua rotina de trabalho. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Santos et al. (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 participantes da oficina, apenas duas afirmaram já ter participado de algum curso ou atividade de capacitação sobre a

temática de adesão ao longo da vida profissional, em detrimento das outras seis. 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.

Além dos fatores elencados, aspectos institucionais também foram apontados como variáveis que dificultaram a adesão à intervenção e maior frequência na atividade. A necessidade de participar de reuniões consideradas imprescindíveis, a impossibilidade de se ausentar do posto de trabalho no horário estabelecido para a oficina, ou até mesmo a necessidade de repor as horas participadas na oficina após o fim do expediente, surgiram como argumentos e justificativas de eventuais ausências e mesmo desistências. Destaca-se que uma das participantes da oficina não pode comparecer a um dos encontros pois, por mudanças em sua escala, não laborava no dia em que o encontro foi realizado. Dessa forma, mesmo solicitando à sua chefia que pudesse participar da oficina, seu pedido foi negado devido a normas institucionais.

Outro aspecto institucional que precisou ser driblado para a execução da oficina esteve relacionado à estrutura física do local. Apesar do hospital contar com um auditório e três salas equipadas para reuniões (com a presença de data show, ar condicionado, cadeiras móveis etc), a disponibilidade destas era concorrente com o horário de execução da oficina, bem como os dias programados. Além disso, mesmo que um horário fosse firmado, não haveria a possibilidade de sua manutenção de maneira semanal. Dessa forma, os encontros foram realizados na brinquedoteca da instituição, mediante acordo com a brinquedista que cuidava do local, já que este espaço dispunha de mesas e cadeiras, ar condicionado e equipamentos de projeção dos conteúdos era possível. Destaca-se que o dia da semana (quarta-feira) e o horário (8h00 às 9h30) foram negociados de forma cuidadosa e mediante consulta aos participantes, sendo escolhidos como o mais viável para a efetiva participação na oficina, sem conflitar ou prejudicar a rotina profissional.

Merece destaque que é antiga a discussão sobre a ausência de adequação em instituições de saúde, principalmente as públicas, no que concerne a suas instalações físicas. Em maior ou menor grau, este aspecto acaba dificultando a realização de ações de capacitação, de EPS, e mesmo de condutas profissionais com a sua potencialidade máxima, e o profissional de saúde comumente precisa adequar as suas necessidades às disponibilidades institucionais (Abreu et al., 2016; Siman et al., 2019; Soratto et al., 2017; Sousa et al., 2019). Contudo, neste estudo, não foram apresentadas queixas das participantes acerca do local escolhido, considerado adequado e viável aos objetivos do trabalho.

A partir das análises quantitativas, percebeu-se que não houve diferença estatisticamente significativa do efeito da oficina na percepção das participantes, comparando a fase pré ( $M= 49,0$ ;  $DP= 6,84$ ) e a pós intervenção ( $M=51,38$ ;  $DP=10,36$ ). Todavia, destaca-se que, mesmo na fase pré-intervenção, algumas participantes já possuíam um escore relativamente alto, dando evidências de que as profissionais, em níveis diferentes, já possuíam alguma bagagem de conhecimento acerca da influência das variáveis no processo de adesão ao tratamento em PVHIV.

Constatou-se que, acerca do escore médio do grupo, houve um aumento discreto (2,38) na fase pós-intervenção em relação à fase anterior. 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 uma incongruência na relação estabelecida entre a avaliação quantitativa e a frequências nas oficinas de cada participante. P5, que foi a participante com maior aumento (+10,0) da pontuação em relação às duas fases, esteve presente em 100% dos encontros. Já P7,

que foi a participante que menos esteve presente (44,44%) nas oficinas, notou-se a diminuição de três pontos no escore na fase pós-intervenção. Todavia, P8, que apresentou a maior diminuição (-4,0) na fase pós-intervenção, assim como P5, também esteve presente em 100% das oficinas realizadas. No caso de P8, merece destaque que seu escore foi o segundo mais baixo na pré-intervenção (41), reduzindo 4 pontos na pós-intervenção, sendo o mais baixo nessa fase (37). Pode-se aventar que esse tema é novo para esta profissional e que a proposta da oficina não foi suficiente para melhorar sua compreensão sobre o tema. Deduz-se que P2, P7 e P8 usufruíram menos da intervenção, com base nos seus resultados quantitativos, considerando os escores obtidos nos dois momentos.

A ampliação da percepção das participantes acerca da influência das diversas variáveis no processo de adesão ao tratamento em PVHIV pode ser melhor compreendida por meio da Tabela 3. Nota-se que, em ambas as fases, nenhuma participante considerou que alguma das 20 variáveis listadas influenciaria em “nada” no processo de adesão ao tratamento, o que reforça a constatação de que no grupo selecionado ninguém era completamente leigo no assunto. Todavia, o maior aumento ocorreu em relação a opção “bastante”, que foi assinalada em 14 das 20 variáveis na fase pós-intervenção. Dessa forma, percebeu-se que as participantes atribuíram maior importância a uma gama maior de variáveis ao pensar o processo de adesão ao tratamento.

Já acerca das análises qualitativas, o ponto de partida foi a compreensão do conceito de adesão pelas participantes. Na fase pré-intervenção, todas as definições, em maior ou menor grau, se afastaram da definição do processo de adesão em toda a sua complexidade, sendo as respostas agrupadas nas categorias “concepção biomédica de adesão”, “definição insuficiente de adesão” e “conceito mais abrangente, mas com foco no tratamento medicamentoso”. Já na fase pós-intervenção, as respostas de cinco participantes foram agrupadas na categoria “adesão

como fenômeno complexo e multideterminado” e houve a permanência da categoria “definição insuficiente de adesão” (três participantes).

Além de apontar a forma como as oficinas interventivas propiciaram uma maior compreensão acerca do conceito de adesão para a maior parte (cinco participantes) do grupo, destaca-se que duas respostas agrupadas na categoria “definição insuficiente de adesão” pertenceram a P7 e P8, as únicas participantes com diminuição nas médias na fase pós-intervenção em relação à fase pré-intervenção. Assim, verifica-se que a oficina com base em metodologia ativa se apresenta como uma possibilidade de instauração de novos conhecimentos para seus participantes, mas outros fatores, como o engajamento e o envolvimento na atividade, também precisam ser avaliados nesse processo educativo (Polejack & Seidl, 2015).

Além disso, por meios das respostas agrupadas na categoria “adesão como um fenômeno complexo e multideterminado”, apurou-se a forma como a oficina propiciou que as definições de adesão apresentadas pelas participantes se aproximassem e, por vezes, extrapolassem a definição clássica de que a “adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo” (Brasil, 2008, p. 14).

A ampliação da percepção das participantes acerca da influência das diversas variáveis no processo de adesão ao tratamento em PVHIV também pode ser percebida mediante as demais análises qualitativas realizadas. Questionadas sobre os fatores 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. Outras categorias encontradas foram “aspectos da

pessoa e da relação profissional usuário”, “aspectos da pessoa e de ordem programática” e “aspectos não suficientemente explorados”.

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, e duas respostas agrupadas na categoria “aspectos da pessoa e da relação profissional-usuário”. Assim, percebeu-se como efeito das oficinas de intervenção a mudança de percepção das participantes na fase pré-interventiva que responsabilizaram o usuário inteiramente pelo seu processo de adesão ao tratamento ou, por vezes, influenciada por fatores de maneira isolada, para, na fase pós-intervenção, uma maneira mais ampliada e complexa do fenômeno. Além disso, destaca-se que, na fase 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 também foi abordada na questão que solicitava que, dentre as variáveis vistas anteriormente, as participantes assinalassem as três mais importantes no que cerne à influência sobre o processo de adesão ao tratamento em HIV/aids. A corresponsabilização do profissional de saúde foi assinalada com frequência de quatro vezes na fase pré-intervenção, com aumento para seis vezes na fase pós-intervenção. Dessa forma, mesmo que de maneira discreta, o efeito da intervenção pareceu reforçar nas participantes a importância do profissional de saúde/equipe no processo de adesão ao tratamento.

Ainda, a relação profissional-usuário continuou a ser discutida na questão que indagava sobre a responsabilidade do profissional de saúde no processo de adesão. Na fase pré-intervenção, três participantes já apresentaram respostas que foram agrupadas na categoria “corresponsabilização”, além de duas respostas que foram agrupadas na categoria “indefinido”, enquanto as categorias “corresponsabilização e outros fatores”, “foco excessivo no profissional” e “maior responsabilidade do paciente” possuíram uma resposta associada. Já na

fosse pós-intervenção, todas as respostas apresentadas foram agrupadas na categoria “corresponsabilização”.

Além do objetivo do estudo ser 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 a diferença no nível de respostas que apresentaram uma maior riqueza de detalhes, mesmo das participantes que na fase pré-intervenção já foram agrupadas na categoria “corresponsabilização”.

Ainda, merece destaque as respostas de P3 que, na fase pré-intervenção, exemplificou a postura de um profissional que percebe o usuário como principal responsável por uma adesão satisfatória ou insatisfatória (Duarte et al., 2022) ao afirmar: “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 é o mais responsável”. Todavia, na fase pós-intervenção, demonstrou a alteração de sua percepção e aquisição de conhecimento sobre a temática, além da corresponsabilização das partes presentes no processo ao discorrer:

Acredito que metade é responsabilidade do profissional e metade do paciente, o profissional oferecendo todas as informações necessárias para o processo de tratamento, esclarecendo dúvidas, acompanhando e acolhendo, e a outra metade é do paciente fazendo a sua parte de aderir e se responsabilizar pelo tratamento proposto (P3).

Já sobre as avaliações de processo entregues ao fim de cada encontro, os aspectos positivos na percepção das participantes se direcionaram a oportunidade de compartilhar experiências com colegas de trabalhos de outras profissões, o conhecimento adquirido e a possibilidade de revisá-los, além das metodologias utilizadas na oficina. Tais pontos vão ao encontro de aspectos presentes em outras pesquisas. Kanno et al. (2023), em um estudo qualitativo realizado com 15 profissionais de saúde no município de São Bernardo do Campo (SP), encontrou que a ausência de compartilhamento de experiências entre os trabalhadores e,

em alguns casos, a total 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, conseqüentemente, ao conhecimento adquirido, está associado à utilização de metodologias ativas enquanto um 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 do grupo, estas retribuíram com um envolvimento genuíno em todas as atividades propostas e a construção do conhecimento se deu de forma coletiva (Jacobovski & Ferro, 2021). Em diversos encontros, a participação e engajamento das participantes também foi um desafio para o colaborador que necessitou intervir para que o cronograma proposto para cada dia fosse concluído.

Os pontos percebidos negativos pelas participantes se destinaram ao não cumprimento da assiduidade, a ausência de algumas profissões na oficina, além da ausência de apoio institucional frente às demandas identificadas nos encontros. Assim, retomam-se os dados encontrados por Santos et al. (2021), onde 31% dos entrevistados alegaram como dificuldade para participar de capacitações profissionais a falta de tempo, além de outras atividades presentes em sua rotina institucional, bem como 15% dos entrevistados que afirmaram desacreditar nas ações de aperfeiçoamento profissional. Ressalta-se que profissionais de outras profissões presentes na instituição foram convidados na fase inicial, mas sem que houvesse o aceite para a participação.

Já o ponto negativo que considera a ausência de apoio institucional frente às demandas identificadas nos encontros também se fez presente nas possibilidades de melhorias apresentadas pelas participantes, que destacaram também a importância de multiplicação dos conhecimentos adquiridos com outros profissionais da instituição. Neste sentido, a insatisfação de trabalhadores da área da saúde com aspectos institucionais e gestão do trabalho também são

discutidos na literatura, principalmente no que tange às dificuldades de comunicação entre integrantes da própria equipe, além da percepção de que as mudanças que não dependem só de si para ocorrerem nem sempre são acolhidas pelos superiores (Jeong & Kurcgant, 2010; Milanez et al., 2018; Soratto et al., 2017).

Sobre a necessidade de que haja a multiplicação dos conhecimentos adquiridos, retomase a escolha por quatro gestores na composição das participantes da oficina, à medida em que gestores representavam os atores na difusão dos conhecimentos para suas equipes (Castro et al., 2023). Todavia, se reforça a ideia de que não há controle sobre as condutas que os gestores irão estabelecer frente à sua equipe para que os conhecimentos apreendidos sejam difundidos e compartilhados.

Assim, 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, outra limitação do estudo está direcionada à necessidade de conclusão do trabalho de acordo com o calendário acadêmico do mestrado, o que impediu a possibilidade de que um *follow-up* ocorresse para verificar a manutenção da percepção e dos conhecimentos apreendidos.

Por fim, destaca-se que as metodologias utilizadas durante todos os encontros foram de fácil aplicação e de baixo custo. Dessa forma, abre-se a possibilidade de que tal intervenção seja realizada novamente na instituição, ou também em outras instituições que apresentem interesse pela temática. Além disso, havendo interesse institucional, a oficina pode ser uma possibilidade viável para o estabelecimento de novas capacitações profissionais, aspecto que é meritório no presente trabalho.

### Considerações Finais

Trabalhou-se a hipótese de que a percepção, 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 um conceito complexo, multidimensional e multideterminado de adesão. De acordo com as análises quantitativas, o efeito da intervenção não foi estatisticamente relevante, ainda que análises individuais tenham indicado progressos para integrantes do grupo. Todavia, as análises qualitativas demonstraram a mudança de percepção e de conhecimento das participantes acerca da corresponsabilização no processo de adesão ao tratamento de PVHIV, sendo possível concluir que a hipótese foi, de alguma forma, confirmada.

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, conseqüentemente, propiciar um maior engajamento nas atividades propostas, visto que são sujeitos que possuem, comumente, uma sobrecarga de trabalho e pouca disponibilidade de tempo.

O baixo orçamento, 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. Além disso, percebe-se que a intervenção se mostrou uma possibilidade factível de capacitação para profissionais da área da saúde e, com apoio institucional, pode ampliar o número de participantes.

As fragilidades do estudo estão relacionadas ao fato de que a aquisição de conhecimentos e mudança de percepção não garantem a alteração de condutas profissionais aplicadas na rotina cotidiana. Além disso, não houve a realização de *follow-up* para verificar a manutenção dos conhecimentos adquiridos ao longo do tempo.

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.

## Referências

- Abreu, J. F., Souza, K. A., Assis, E. V., Sousa, M. N. A., & Silva, E. N. (2016). Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde à implementação da classificação de risco no setor de urgência e emergência. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 3(1), 209-222.
- 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. (2012). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids*. 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. (2018). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2018). 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. (2023). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico HIV/aids 2023*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.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)
- Caldarelli, P. G. (2017). A importância da utilização de práticas de metodologias ativas de aprendizagem na formação superior de profissionais da saúde. *Revista SUSTINERE*, 5(1), 175-178. <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2017.26308>
- Campagnoli, K. R., Campagnoli, E. B., Althaus, M. T. M., & Bagio, V. A. (2023). Metodologias ativas no contexto remoto da pandemia de COVID-19: Reflexões a partir de um curso de extensão. *Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco*, 13(30), 229–254.
- 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, M. R., Malagris, L. E. N., & Rangé, B. (2019). Introdução. In M. R. Carvalho, L. E. Malagris & B. Rangé (Eds.), *A psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental* (pp. 15-28). Sinopsys.
- 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>
- Carvalho, P. P., Barroso, S. M., Correia Filho, D., Rossato, L., & Penaforte, F. R. D. O. (2022). Perfil e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 10(1), 121–134. <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i1.5354>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde*. Brasília, DF.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2020). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids*. Brasília, DF.
- Costa, A. R. (2022). Adesão a tratamento, risco psicológico e distress em pessoas vivendo com HIV [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/43694>
- Costa, J. M., Torres, T. S., Coelho, L. E., & Luz, P. M. (2018). Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *Journal of International AIDS Society* 21(1), e25066. <https://doi.org/10.1002/jia2.25066>
- 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>
- Dalmida, S. G., McCoy, K., Koenig, H. G., Miller, A., Holstad, M. M., Thomas, T., & Mugoya, G. (2018). Correlates and predictors of medication adherence in outpatients living with HIV/AIDS. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 17(4), 402-420.
- Duarte, F. M. R., Oliveira, C., & Silva, R. dos S. (2022). A (não) adesão ao tratamento de HIV/Aids: Sentidos, manejos mlínicos e dilemas bioéticos. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(2), 53–67. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1781>
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. Artmed.
- Freitas, G. M., Lavezzo, F., Domingos, N. A. M., Seidl, E. M. F., & Miyazaki, M. C. O. S. (2020). Variáveis psicossociais e adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 191-206. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1075>
- Fonseca, G. S., & Perez, I. M. P. (2023). Adesão ao tratamento dos pacientes portadores de HIV/AIDS: Cuidados da equipe de enfermagem. *Revista Saúde dos Vales*, 1(1).

- Guimarães, B. E. B., & Branco, A. B. A. C. (2020). Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 143-155. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>
- Honorato, E. J. S., Lemos, S. M., Ferreira, D. S., Silva, T. A., Reis, M. G., & Silva, A. T. R. (2018). Percepção de profissionais de saúde sobre adesão e não adesão ao tratamento antirretroviral com pacientes portadores de HIV/aids. *Revista Amazônica*, 11(21), 116-128.
- 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>
- Jeong, D. J. Y., & Kurcgant, P. (2010). Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(4), 655–661. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400007>
- 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>
- Lara, E. M. O., Lima, V. V., Mendes, J. D., Ribeiro, E. C. O., & Padilha, R. Q. (2019). O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e aprender: Desafios e possibilidades. *Interface*, 19, 1-15. <https://doi.org/10.1590/Interface.180393>
- 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>
- Malvezzi, C.D., Gerhardinger, H.C., Santos, L.L.P., Toledo, V.P., & Garcia, A.P.R.F. (2016). Adherence to treatment by the staff of a mental health service: an exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(2), 177-187.
- Milanez, T. C. M., Soratto, J., Ferraz, F., Vitali, M. M., Tomasi, C. D., Sorato, M. T., & Bittencourt, L. T. G. (2018). Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 26(2), 184–190. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020246>
- 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 [Individual, social and program-related vulnerability in adults' adherence to antiretroviral treatment] [Vulnerabilidad individual, social y programática en la adherencia al tratamiento antirretroviral en

- adultos]. *Revista de Enfermagem UERJ*, 30, e62288–e62288. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62288>
- Monteiro, S. S., Brigeiro, M., Vilella, W. V., Mora, C., & Parker, R. (2019). Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1793–1807. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>
- 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>
- Mutumba, M., Musiime, V., Lepkowskim J., Harper, G., Snow, R., Resnicow, K., & Bauermeister, J. (2016). Examining the relationship between psychological distress and adherence to antiretroviral therapy among Ugandan adolescents living with HIV. *AIDS Care*, 28(7), 807-815. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1131966>
- Neves, M. G. B. C., Leite, I. D. L., & Priante, P. T. (2020). As concepções de preceptores do SUS sobre metodologias ativas na formação do profissional de saúde. *Educação em Revista*, 36, 1-25. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698207303>
- Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construtos. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 165-198). Artmed.
- 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.
- Primeira, M. R., dos Santos, É. E. P., Züge, S. S., de Souza Magnago, T. S. B., de Paula, C. C., & de Mello Padoin, S. M. (2018). Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com HIV. *Saúde e Pesquisa*, 11(2), 307-314. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p307-314>
- 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>
- Remor, E. (2018). Adesão ao tratamento médico. In E. K Castro & E. Remor (Orgs.), *Bases teóricas da psicologia da saúde* (pp. 199-214). Appris Editora.
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., Corbelli, G. M., Estrada, V., Geretti, A. M., Beloukas, A., Raben, D., Coll, P., Antinori, A., Nwokolo, N., Rieger, A., Prins, J. M., Blaxhult, A., Weber, R., Eeden, A. V., & Lundgren, J.

- (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): Final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*, 393, 2428-2438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)
- 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, M. A., Nemes, M. I. B., Nasser, A. C. A., Basso, C. R., & Paiva, V. S. F. (2013). Intervenção em adesão baseada na abordagem construcionista do cuidado: Perspectiva dos profissionais de saúde. *Temas em Psicologia*, 21(3), 651-673. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE02PT>
- 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>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de pesquisa em psicologia* (9ª ed.). AMGH.
- Silva, D. S. M. da., Sé, E. V. G., Lima, V. V., Borim, F. S. A., Oliveira, M. S. de ., & Padilha, R. de Q. (2022). Metodologias ativas e tecnologias digitais na educação médica: novos desafios em tempos de pandemia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46(2), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210018>
- Silva, H. F. N., Dourado, C. S. de M. E., Silva, H. G. N., & Silva, H. F. N. (2019). Avaliação do tratamento antirretroviral de pessoas convivendo com HIV/aids que participam de um grupo de adesão. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 52(3), 161–170. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i3p161-170>
- Silva Júnior, R. S., Fróes, W. L., Lima, T. B., Fróes, K. B., & Silva, V. D. (2023). Avaliação da aplicabilidade de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em enfermagem. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, 14(40), 314-332. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7834669>
- Siman, A. G., Braga, L. M., Amaro, M. de O. F., & Brito, M. J. M. (2019). Practice challenges in patient safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1504–1511. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>
- Soratto, J., Pires, D. E. P., Trindade, L. L., Oliveira, J. S. A., Forte, E. C. N., & Melo, T. P. (2017). Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3), e2500016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>

- Sousa, K. H. J. F., Damasceno, C. K. C. S., Almeida, C. A. P. L., Magalhães, J. M., & Ferreira, M. A. (2019). Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180263. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>
- Techi, L. C., Cavalcante, I. S., Lima, D. A., Oliveira, J. E. N., Lopes, S. D. S., Mendes, J. P. S., Nogueira, T. L., & Mendes, E. A. S. (2023). Adesão à terapia antirretroviral por pacientes com HIV no Brasil e fatores que a prejudicam: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(9), 1-15. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i9.43123>
- 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>
- Zuge, S. S., Paula, C. C., Brum, C. N., Ribeiro, A. C., & Padoin, S. M. M. (2015). Adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV e sua inter-relação com a vulnerabilidade programática. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), 3406-3417. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3406-3417>

**ANEXO 1****QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1) Gênero:

- Masculino
- Feminino
- Outro. Qual? [campo para resposta aberta]

Você se identifica como uma pessoa travesti/transexual/transgênero?

- Sim
- Não

2) Idade (em anos e apenas números)  
[campo para resposta aberta]

3) Formação

- Ensino Médio Completo
- Ensino Técnico Completo
- Ensino Superior Completo
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

4) Profissão:

[campo para resposta aberta]

5) Área de atuação na instituição:

- Administrativo
- Assistencial

6) Possui contato direto com o paciente vivendo com HIV?

- Sim
- Não

7) Tempo (em anos) que trabalha na instituição:

[campo para resposta aberta]

8) Já realizou curso/capacitação sobre a temática de adesão?

[campo para resposta aberta]

## ANEXO 2

### QUESTIONÁRIO SOBRE O PROCESSO DE ADESÃO

Este questionário busca conhecer a sua percepção acerca do processo de adesão de acordo com suas diversas dimensões. Não há respostas corretas ou incorretas. Caso tenha alguma dúvida, assinale a alternativa que mais se assemelha com a sua percepção e atuação ou, nos itens em que você deve escrever, as palavras que melhor traduzem como você percebe e, eventualmente, se comporta frente a tal fenômeno.

1) Para você, o que significa o processo de adesão ao tratamento?

[campo para resposta aberta]

2) Na sua opinião, qual (ais) fator (es) mais influenciam no processo de adesão?

[campo para resposta aberta]

3) Você considera que a relação estabelecida entre o profissional e o usuário interfere no processo de adesão? De que forma?

[campo para resposta aberta]

4) A seu ver, em que medida o processo de adesão do usuário é responsabilidade do profissional? Explique.

[campo para resposta aberta]

Agora, responda o quanto você acredita que as seguintes situações influenciam o processo de adesão.

	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Bastante</b>
<b>1) Complexidade do tratamento (quantidade de remédios, doses, uso contínuo etc)</b>				
<b>2) Conhecimento e compreensão sobre a doença de parte do paciente</b>				
<b>3) Acolhimento da equipe multiprofissional ao paciente</b>				
<b>4) Capacitação adequada sobre adesão da equipe multiprofissional</b>				
<b>5) Acesso à medicação e à instituição de saúde</b>				
<b>6) Presença de apoio social (amigos, familiares)</b>				
<b>7) Faixa etária do paciente (criança, adolescente, adulto, idoso)</b>				

<b>8) Baixa escolaridade do paciente</b>				
<b>9) Não aceitação do diagnóstico</b>				
<b>10) Presença de transtornos mentais (depressão, ansiedade etc)</b>				
<b>11) Presença de efeitos colaterais da medicação</b>				
<b>12) Relação insatisfatória do profissional de saúde com o usuário</b>				
<b>13) Relação insatisfatória do usuário com o serviço de saúde (instituição)</b>				
<b>14) Crenças negativas sobre o diagnóstico de parte do usuário</b>				
<b>15) Informações erradas/distorcidas sobre o tratamento e a doença de parte do paciente</b>				
<b>16) Dificuldade do paciente de adequar o tratamento à rotina do dia a dia</b>				
<b>17) Abuso de álcool e/ou outras drogas pelo paciente</b>				
<b>18) Dificuldade de acesso ao serviço (preço do transporte, distância do serviço)</b>				
<b>19) Medo do paciente de sofrer com preconceito ou discriminação</b>				
<b>20) Precariedade/ausência de suporte social e exclusão social</b>				

Com base nos 20 fatores acima, assinale os três mais importantes para você no que concerne a afetar a adesão ao tratamento em HIV/aids:

1º mais importante:

2º mais importante:

3º mais importante:

### ANEXO 3

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Corresponsabilização de profissionais de saúde frente à adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV (PVHIV)” conduzida por Whigney Edmilson da Costa, sob orientação da Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl (Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília). Esta pesquisa de mestrado tem como objetivo avaliar e intervir acerca da percepção e de condutas do profissional de saúde sobre o processo de adesão das PVHIV. Esta pesquisa poderá contribuir para que sejam realizadas capacitações sobre a temática para os profissionais de saúde, além de realizar reflexões, atualizações e possibilitar mudanças na atuação sobre o processo de adesão em PVHIV.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo a você. Ainda, você possui direito a indenização frente a danos acarretados pela pesquisa. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder dois instrumentos, mediante preenchimento destes, e a participação em uma oficina interventiva, direcionada a profissionais do Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad.

Os instrumentos poderão ser respondidos por você no local em que achar mais confortável, em um tempo médio de 15 minutos, garantido o sigilo das informações. O processo interventivo ocorrerá no turno matutino, com realização de, em média, dez encontros semanais no auditório da instituição, com tempo médio de duas horas por encontro, cerca de 15 participantes, em ambiente climatizado. A abordagem dos temas na intervenção em grupo será feita por meio de técnicas pedagógicas com base em metodologias ativas, incluindo troca de experiências entre os participantes, estudos de caso, dinâmicas de grupo, uso de materiais lúdicos (colagens, pinturas), sempre mediadas pelo pesquisador.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e divulgados apenas em meios acadêmicos e científicos, sem qualquer identificação dos participantes, visando assegurar o sigilo de sua participação. Os riscos de sua participação estão relacionados a desconfortos emocionais ao responder os instrumentos propostos ou na participação da intervenção. Frente a reações vivenciadas pelos participantes, a atividade será encerrada e este receberá apoio psicológico em seguida. Os benefícios envolvem a atualização ou a aquisição de conhecimentos sobre o assunto abordado, além de possibilitar futuras capacitações e a mudança na atuação profissional dos participantes.

O presente Termo de Consentimento é elaborado em duas vias, e devem ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você, assim como pelo pesquisador responsável, devendo as páginas de assinaturas estarem na mesma folha.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de e-mail informando a defesa da dissertação e posterior compartilhamento da própria dissertação por meio eletrônico, podendo ser publicados posteriormente para a comunidade científica. Os resultados poderão também ser apresentados, em reunião presencial, no hospital onde o estudo será realizado.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA) conforme a Resolução CNS 466/12. Segue o contato do pesquisador responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas

sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento: Whigney Costa: (62) 98133-4443. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser fornecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da UnB, no e-mail cep\_chs@unb.br ou no telefone (61) 3107-1592, ou no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais Dr Anuar Auad (HDT/HAA) através do telefone (62) 3201-3621, que aprovaram esta pesquisa.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo que uma delas ficará com você, e a outra com o pesquisador responsável.

Desde já agradeço!

Eu \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos, desconfortos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_.

Assinatura do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_ CRP 09/12654.

## ANEXO 4

**OFICINA SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO EM HIV/AIDS COM  
TRABALHADORES DO HDT/HAA**

**Encontro 1 – 30/08/23**

**Objetivos:** Conhecer os membros do grupo. Esclarecer sobre a proposta de intervenção e seus objetivos, coletar o consentimento de todos os membros (antes já terão consentido na resposta online). Aprender sobre as expectativas dos membros acerca do processo interventivo.

<b>Horários</b>	<b>Atividade</b>	<b>Materiais</b>
08:00 – 08:10	<b>Recepção dos participantes</b>  Cumprimentar, dar boas-vindas, convidar para sentar em círculo.	Cadeiras, Computador.  Caixa de som.
08:10 – 08:40	<b>Apresentação dos participantes e do facilitador</b>  Dinâmica de apresentação oral de todos membros do grupo (formação, período de trabalho na instituição, setor onde atua, atividade que gosta de fazer fora do ambiente de trabalho). Grupo será dividido em pares de maneira aleatória e, após período de discussão, um deverá fazer a apresentação do outro, com base nas questões acima.	Quadro branco.  Pincéis para quadro branco.
08:40 – 08:50	<b>Apresentação dos objetivos e da estrutura da atividade de capacitação</b>  Cada membro irá receber via remota um documento com o programa e cronograma de todos os encontros, bem como os objetivos de cada dia. O facilitador irá retomar o objetivo geral da oficina.	Computador. Projeter.
08:50 – 09:00	<b>Combinados para o bom funcionamento do grupo</b>  Grupo será estimulado a propor combinados para o bom funcionamento da oficina. Caso algum ponto importante não seja citado, haverá intervenção do facilitador.	Quadro branco.  Pincéis para quadro branco
09:00 – 09:25	<b>Dinâmica sobre as expectativas do grupo acerca da capacitação</b>  Cada participante receberá três partes menores de um papel cartolina e deverá escrever palavras ou expressões curtas que expressem suas expectativas em relação à oficina. Esses papeis serão afixados na parede e o facilitador, junto com o grupo, irá analisar os pontos mais frequentes, convergências etc.	Cartolinas cortadas em retângulos.  Pincel atômico.  Fita crepe.  Quadro branco.

09:25 – 09:30	<b>Avaliação do encontro</b>  Participantes irão responder de forma anônima uma breve avaliação do encontro (Que bom..., que pena..., que tal...), com a possibilidade de destacar pontos fortes, frágeis e de melhoria.	Papel A4 (metade de uma folha).  Canetas esferográficas.
------------------	--	--

### Encontro 2 – 06/09/23

**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.

Horários	Atividade	Materiais
08:00 – 08:10	<b>Recepção dos participantes</b> Cumprimentar, dar boas-vindas, convidar para sentar em círculo.	Cadeiras. Computador. Caixa de som.
08:10 – 08:15	<b>Apresentação dos participantes que não puderam comparecer no primeiro encontro</b> Como nem todos os participantes do grupo puderem comparecer no primeiro encontro, os membros que chegaram recentemente irão se apresentar com as informações referentes a formação, período de trabalho na instituição, setor onde atua e atividade que gosta de fazer fora do ambiente de trabalho.	Cadeiras.
08:15 – 08:25	<b>Nível de conhecimento e compreensão sobre o HIV/aids</b> Os membros serão questionados pelo facilitador e deverão expor oralmente a sua percepção acerca de seu nível de conhecimento sobre o HIV/aids, no momento atual da área (um minuto para explicitar: três níveis, sendo muito, regular ou pode melhorar).	Cadeiras.
08:25 – 08:45	<b>Dinâmica da linha do tempo sobre o HIV/aids</b> Com base no tempo de atuação frente a temática do HIV (menos de 5 anos, entre 5 e 10 anos, mais de 10 anos), os participantes serão divididos em grupos menores e cada um dos grupos receberá um papel para preencher lacunas contendo apenas datas com os marcos da história do HIV/aids (os pequenos grupos terão 10 min. para fazer a tarefa). Todas as alternativas a serem preenchidas nas lacunas estarão dispostas aleatoriamente em placas sobre a mesa. Por fim, o facilitador irá fornecer um gabarito para os membros.	Mesa. Papel pardo. Canetas esferográficas.
08:45 – 09:05	<b>Exposição dialogada acerca da linha do tempo sobre HIV/aids</b> No grande grupo, com base no gabarito da dinâmica anterior e, juntamente com a participação dos membros, o facilitador irá descrever o caminho percorrido na	Material da linha do tempo.

	dinâmica com os pontos fundamentais na história sobre o HIV/aids.	
09:05 – 09:25	<b>Vídeo sobre a história do HIV/aids</b> Serão exibidos dois vídeos que tratam do processo histórico do HIV/aids. Após a exposição, os membros poderão expor suas percepções sobre os vídeos e a sua relação com o conteúdo discutido. Será enfatizado, pelo facilitador, aspectos recentes da política em HIV/aids, os avanços científicos e do protocolo de tratamento, que têm impacto sobre a adesão ao tratamento: I=I; prevenção combinada; “testou, tratou”.	Computador. Projetor. Caixa de som.
09:25 – 09:30	<b>Avaliação do encontro</b> Participantes irão responder de forma anônima uma breve avaliação do encontro (Que bom..., que pena..., que tal...), com a possibilidade de destacar pontos fortes, frágeis e de melhoria.	Papel A4 (metade de uma folha). Canetas esferográficas.

### Encontro 3 – 13/09/23

**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.

Horários	Atividade	Materiais
08:00 – 08:10	<b>Recepção dos participantes</b> Cumprimentar, dar boas-vindas, convidar para sentar em círculo.	Cadeiras, Computador. Caixa de som.
08:10 – 08:40	<b>Dinâmica sobre o conceito de adesão</b> Cada participante receberá um papel onde deverá escrever qual o seu entendimento sobre o conceito de adesão (letras grandes), ou, na dificuldade de formular uma sentença, poderá expressar palavras que o remetam ao conceito. Posteriormente, os papeis serão recolhidos e, de forma aleatória, entregues novamente. Cada participante deverá ler o conteúdo da folha recebida. Os participantes irão afixar no quadro branco os papeis recebidos e o facilitador vai estimular a análise da produção total do grupo sobre o conceito, estimulando reflexões do grupo sobre a adesão.	Papel A4 Canetas coloridas
08:40 – 09:00	<b>Exposição dialogada sobre o conceito de adesão e seus princípios norteadores</b> O pesquisador irá realizar uma exposição oral a fim de esclarecer a definição do conceito de adesão, bem como seus princípios norteadores.	Computador. Projetor.
09:00 – 09:20	<b>Exposição sobre a vivência dos participantes</b> Com base na exposição dialogada sobre o conceito de adesão e seus princípios norteadores, os participantes serão instigados a relatar situações em que conceito de adesão, bem como seus princípios norteadores, podem	Cadeiras.

	ser percebidos em sua prática profissional.	
09:20 – 09:30	<b>Avaliação do encontro</b> Participantes irão responder de forma anônima uma breve avaliação do encontro (Que bom..., que pena..., que tal...), com a possibilidade de destacar pontos fortes, frágeis e de melhoria.	Papel A4 (metade de uma folha). Canetas esferográficas.

#### Encontro 4 – 20/09/23

**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.

Horários	Atividade	Materiais
08:00 – 08:10	<b>Recepção dos participantes</b> Cumprimentar, dar boas-vindas, convidar para sentar em círculo.	Cadeiras. Computador. Caixa de som.
08:10 – 08:25	<b>Diagnóstico de HIV: impacto e repercussão sobre a adesão</b> Os participantes serão questionados pelo facilitador sobre a sua percepção acerca do impacto do diagnóstico de HIV na vida dos sujeitos e a forma como tal impacto pode repercutir sobre a adesão ao tratamento. Após ouvir cada membro, o facilitador utilizará das respostas para tecer um ponto em comum.	Cadeiras.
08:25 – 09:00	<b>Dinâmica sobre fatores que influenciam na adesão ao tratamento</b> Os participantes serão divididos em dois subgrupos (composição diversificada, conforme a formação) e cada subgrupo será responsável por elencar postos distintos (será definido por sorteio qual grupo trabalhará cada tema). Um grupo deverá apresentar fatores presentes em sua instituição de trabalho (aspectos organizacionais) e nos trabalhadores (aspectos dos profissionais de saúde) que podem facilitar o processo de adesão, enquanto o outro grupo deverá apresentar fatores presentes em sua instituição (aspectos organizacionais) e nos trabalhadores (aspectos dos profissionais de saúde) que podem dificultar a adesão ao tratamento. No grande grupo, a produção de cada subgrupo será afixada no quadro branco e um relator de cada subgrupo irá apresentar os pontos identificados. Haverá uma discussão em grupo acerca dos pontos elencados. Os dois subgrupos poderão incluir aspectos não pensados anteriormente acerca de facilitadores e dificultadores.	Mesa. Quadro branco. Pinceis para quadro branco. Papel pardo. Pincel atômico.
09:00 – 09:25	<b>Exposição dialogada dos fatores que influenciam na adesão ao tratamento</b>	Computador. Projetor.

	Com base na dinâmica realizada anteriormente, o facilitador irá apresentar os fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento. Além disso, serão apresentadas as dimensões que compõe o processo de adesão.	
09:25 – 09:30	<b>Avaliação do encontro</b> Participantes irão responder de forma anônima uma breve avaliação do encontro (Que bom..., que pena..., que tal...), com a possibilidade de destacar pontos fortes, frágeis e de melhoria.	Papel A4 (metade de uma folha). Canetas esferográficas.

### Encontro 5 – 27/09/23

**Objetivos:** Abordar dentro da vivência com HIV/aids, grupos que necessitam de especial atenção: idosos; aspectos referentes a maternidade, paternidade e gestação; crianças e adolescentes; pacientes com alterações psicológicas e psiquiátricas; abuso de álcool e/ou outras drogas; pessoas em situação de exclusão social importante; pessoas LGBTIAP+ que vivem com HIV/aids. Esclarecer sobre o trabalho realizado pelo Setor de Adesão da instituição.

Horários	Atividade	Materiais
08:00 – 08:10	<b>Recepção dos participantes</b> Cumprimentar, dar boas-vindas, convidar para sentar em círculo.	Cadeiras. Computador. Caixa de som.
08:10 – 08:25	<b>Conclusão do encontro 4 - Fatores que influenciam na adesão ao tratamento</b> O facilitador irá apresentar os fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento, bem como as dimensões que compõe o processo de adesão. Serão pontuadas as convergências entre os aspectos levantados pelos grupos (mostrados nos dois cartazes) e os apresentados pelo facilitador. Destacar como aspectos do usuário tendem a prevalecer: o que aspectos da equipe/profissional e da instituição são dignos de nota?	Cadeiras. Computador. Projektor. Cartazes do encontro anterior afixados na parede.
08:25 – 08:35	<b>Compreensão dos participantes sobre a temática</b> Os participantes serão questionados pelo facilitador acerca de seu nível de compreensão ou sua avaliação acerca de grupos que necessitam de uma especial atenção ao vivenciarem a temática do HIV/aids: quais são esses grupos? Se algum grupo não for apontado, o facilitador irá mencioná-lo.	Cadeiras.
08:35 – 09:15	<b>Dinâmica sobre Situações de Especial Atenção em HIV/aids</b> Em duplas, os participantes irão sortear de forma aleatória um grupo (1. idosos, 2. maternidade/paternidade e gestação, 3. crianças e adolescentes, 4. pacientes com alterações psicológicas e psiquiátricas e abuso de álcool e/ou outras drogas, 5. pessoas em situação de exclusão de	Cadeiras.

	exclusão social importante, 6. pessoas LGBTIAP+) . O trabalho em duplas ocorrerá em 20 minutos. No grande grupo, as duplas deverão argumentar acerca dos fatores que corroboram para que tal grupo necessite de uma atenção especial e deverão expor qual a sua vivência no atendimento a tais grupos, bem como a forma que sua conduta profissional se expressa neste. Por meio da mediação do pesquisador, haverá a argumentação e discussão com os demais membros.	
09:15 – 09:25	<b>Apresentação sobre o Setor de Adesão do HDT/HAA</b> Após a discussão, o pesquisador irá esclarecer a forma como a atenção especial é direcionada a cada um dos grupos por meio do trabalho realizado no Setor de Adesão da instituição.	Cadeiras.
09:25 – 09:30	<b>Avaliação do encontro</b> Participantes irão responder de forma anônima uma breve avaliação do encontro (Que bom..., que pena..., que tal...), com a possibilidade de destacar pontos fortes, frágeis e de melhoria.	Papel A4 (metade de uma folha). Canetas esferográficas.

### Encontro 6 – 04/10/23

**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. Além disso, se refletirá acerca das habilidades e competências necessárias do profissional de saúde e equipe de saúde.

Horários	Atividade	Materiais
08:00 – 08:10	<b>Recepção dos participantes</b> Cumprimentar, dar boas-vindas, convidar para sentar em círculo.	Cadeiras. Computador. Caixa de som.
8:10 – 8:20	<b>Dinâmica: “Eu como usuário de um serviço de saúde...Como gostaria de ser atendido? ”</b> Cada membro irá receber uma parte de uma folha de papel A4 cortada na horizontal e, em uma palavra ou frase curta, deverá responder à questão: “eu como usuário de um serviço de saúde... como gostaria de ser atendido? ”. Após todas as respostas serem escritas o facilitador irá recolhê-las e, de forma aleatória, irá ler cada uma. As respostas escritas pelos membros serão discutidas no grupo.	Folhas A4 cortadas na horizontal. Canetas esferográficas.
08:20 – 08:55	<b>Fatores do SUS e da instituição que facilitam e dificultam o processo de adesão</b> De maneira oral, os membros deverão elencar características presentes no Sistema Único de Saúde que atuam de maneira a facilitar ou dificultar o processo de adesão dos usuários. Todos os pontos elencados serão escritos em um quadro branco pelo pesquisador. Após, estes deverão refletir e expor a	Cadeiras. Quadro branco. Pincel para quadro branco.

	forma como tais pontos elencados podem ser percebidos em sua instituição de trabalho. Algum outro aspecto é observado em nossa instituição? O que fazer para minimizar ou eliminar os dificultadores?	
08:55 – 09:25	<b>Profissionais de saúde e adesão a tratamento</b> Os membros deverão elencar habilidades e competências necessárias de um profissional de saúde e da equipe de saúde para atuar no tema adesão. Todos os pontos elencados serão escritos em um quadro branco pelo pesquisador. Após, estes deverão refletir e expor a forma como percebem tais habilidades e competências presentes em si e em sua equipe na instituição.	Cadeiras. Quadro branco. Pincel para quadro branco.
09:25 – 09:30	<b>Avaliação do encontro</b> Participantes irão responder de forma anônima uma breve avaliação do encontro (Que bom..., que pena..., que tal...), com a possibilidade de destacar pontos fortes, frágeis e de melhoria.	Papel A4 (metade de uma folha). Canetas esferográficas.

### Encontro 7 – 11/10/23

**Objetivos:** Trabalhar a forma como o profissional de saúde representa um fator que pode favorecer e dificultar o processo de adesão ao tratamento. Dessa forma, será reforçada a noção de corresponsabilização que o profissional de saúde possui em relação ao processo de adesão ao tratamento. Ademais, se discutirá a noção de habilidades sociais necessárias para a atuação do profissional de saúde.

Horários	Atividade	Materiais
08:00 – 08:10	<b>Recepção dos participantes</b> Cumprimentar, dar boas-vindas, convidar para sentar em círculo.	Cadeiras. Computador. Caixa de som.
08:10 – 08:50	<b>Dinâmica: “que profissional de saúde eu sou?”</b> Cada membro irá receber uma folha e caneta contendo a questão “que profissional de saúde eu sou?”. Na folha, cada membro deverá elencar pontos fortes de sua atuação como profissional saúde e também pontos passíveis de melhoria. O pesquisador irá recolher todas as folhas após serem preenchidas e, de forma aleatória, cada membro irá receber uma folha. As respostas serão lidas por cada membro e, em grupo, os pontos elencados serão discutidos.	Folhas A4. Canetas esferográficas.
08:50 – 09:25	<b>Corresponsabilização do profissional no processo de adesão ao tratamento</b> O facilitador irá escrever no quadro branco a seguinte questão: “Qual é a minha responsabilidade no processo de adesão do paciente que vive com HIV do HDT/HAA?”. Os membros terão um tempo estipulado para refletir sobre o questionamento e suas respostas serão compartilhadas no grupo. Por fim, o pesquisador utilizará as respostas a esta última pergunta para	Quadro branco Cadeiras.

	articular a noção de habilidades sociais necessárias ao profissional de saúde, bem como a importância da integralidade do cuidado e da comunicação efetiva na instituição.	
09:25 – 09:30	<b>Avaliação do encontro</b> Participantes irão responder de forma anônima uma breve avaliação do encontro (Que bom..., que pena..., que tal...), com a possibilidade de destacar pontos fortes, frágeis e de melhoria.	Papel A4 (metade de uma folha). Canetas esferográficas.

### Encontro 8 – 18/10/23

**Objetivos:** Os pontos articulados em todos os encontros anteriores serão discutidos e vivenciados por meio da realização de estudos de caso com dramatização.

Horários	Atividade	Materiais
08:00 – 08:10	<b>Recepção dos participantes</b> Cumprimentar, dar boas-vindas, convidar para sentar em círculo.	Cadeiras. Computador. Caixa de som.
08:10 – 08:20	<b>Escolha do primeiro caso e dramatização</b> Os membros do grupo serão divididos em duplas e cada dupla receberá uma folha contendo um estudo de caso sobre a temática de adesão ao tratamento no momento em que forem realizar a dramatização. A primeira dupla irá receber o primeiro caso e irá realizar um <i>role play</i> acerca do caso recebido, onde um integrante será paciente e o outro o profissional de saúde. Além disso, os demais membros farão anotações enquanto ocorre o <i>role play</i> .	Folhas A4. Caneta esferográfica.
08:20 – 08:35	<b>Discussão sobre o primeiro caso e dramatização</b> O grupo irá apresentar suas percepções sobre a cena vivenciada, além dos integrantes da dupla compartilharem suas vivências na atuação.	Cadeiras.
08:35 – 08:45	<b>Escolha do segundo caso e dramatização</b> A segunda dupla irá receber o segundo caso e irá realizar um <i>role play</i> acerca do caso recebido, onde um integrante será paciente e o outro o profissional de saúde. Além disso, os demais membros farão anotações enquanto ocorre o <i>role play</i> .	Folhas A4. Caneta esferográfica.
08:45 – 09:00	<b>Discussão sobre o segundo caso e dramatização</b> O grupo irá apresentar suas percepções sobre a cena vivenciada, além dos integrantes da dupla compartilharem suas vivências na atuação.	Cadeiras.
09:00 – 09:10	<b>Escolha do terceiro caso e dramatização</b> A terceira dupla irá receber o terceiro caso e irá realizar um <i>role play</i> acerca do caso recebido, onde um integrante será paciente e o outro o profissional de saúde. Além disso, os demais membros farão anotações	Folhas A4. Caneta esferográfica.

	enquanto ocorre o <i>role play</i> .	
09:10 – 09:25	<b>Discussão sobre o terceiro caso e dramatização</b> O grupo irá apresentar suas percepções sobre a cena vivenciada, além dos integrantes da dupla compartilharem suas vivências na atuação.	Cadeiras.
09:25 – 09:30	<b>Avaliação do encontro</b> Participantes irão responder de forma anônima uma breve avaliação do encontro (Que bom..., que pena..., que tal...), com a possibilidade de destacar pontos fortes, frágeis e de melhoria.	Papel A4 (metade de uma folha). Canetas esferográficas.

### Encontro 9 – 25/10/23

**Objetivos:** Realizar o encerramento da intervenção e apurar a percepção dos membros acerca dos encontros realização.

Horários	Atividade	Materiais
08:00 – 08:10	<b>Recepção dos participantes</b> Cumprimentar, dar boas-vindas, convidar para sentar em círculo.	Cadeiras. Computador. Caixa de som.
08:10 – 08:30	<b>Aspectos institucionais e adesão ao tratamento</b> Os membros irão refletir acerca de aspectos institucionais que foram identificados ao longo dos encontros e que dificultam o processo de adesão ao tratamento. Tais pontos serão elencados e estes irão propor formas para que tais informações sejam transmitidas à diretoria da instituição.	Folhas A4. Caneta esferográfica.
08:30 – 08:50	<b>Vivência do grupo sobre a oficina</b> Os membros do grupo irão expor suas percepções acerca da vivência na oficina. Além disso, estes poderão expor suas sugestões de melhoria para a capacitação	Cadeiras
08:50 – 09:10	<b>Avaliação das expectativas e objetivos iniciais</b> Serão retomadas as anotações que os membros realizaram no primeiro encontro da oficina acerca de suas expectativas, bem como os objetivos iniciais. Estes serão avaliados e será realizada uma reflexão se foram alcançados.	Cadeiras.
09:10 – 09:30	<b>Dinâmica do barbante</b> Os membros realização dinâmica em que cada um deve dizer uma palavra ou frase curta que represente a sua experiência com os encontros, enquanto enrola um pedaço de barbante no dedo. Após responder, este deve jogar o rolo de barbante para outro membro. Por fim, haverá a construção de uma imagem integrada com a participação de cada membro.	Barbante.

## ANEXO 5

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Corresponsabilização de profissionais de saúde frente à adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV

**Pesquisador:** Whigney Edmilson da Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 63079922.7.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.741.779

**Apresentação do Projeto:**

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. Dentre as diversas condições crônicas que são alvo de ações em adesão, destaca-se o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) devido a suas altas taxas de incidência e prevalência, sendo considerado um problema de saúde pública (Moraes et al., 2021). A infecção aguda pelo HIV ocorre nas primeiras semanas da infecção pelo vírus, quando este está sendo replicado intensivamente nos tecidos linfóides. Em sujeitos não tratados, têm-se a iminência do aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias, definindo um quadro de aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Todavia, desde sua

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 5.741.779

descoberta na década de 1980 avanços foram conquistados, atribuindo à infecção pelo vírus HIV um caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, por meio do surgimento da terapia antirretroviral (TARV) (Brasil, 2018). Nas pessoas vivendo com HIV (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 respeitadas (Brasil, 2018). Contudo, nesta população específica, faz-se necessário destacar o caráter dinâmico, multifatorial e a forma como se relaciona com aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, em um processo que envolve a PVHIV, equipe de saúde e rede social no compartilhamento e corresponsabilização de decisões (Brasil, 2008). Dessa forma, tal processo transcende a simples ingestão de medicamentos, pois envolve o fortalecimento da PVHIV, o estabelecimento do vínculo com a equipe de saúde e o reconhecimento das responsabilidades de cada um na relação profissional-paciente, acesso à informação, acompanhamento clínico-laboratorial e adequação às necessidades individuais com o objetivo de fortalecer a autonomia para o autocuidado (Brasil, 2008). A magnitude desta temática tem sido o foco de estudos e pesquisas científicas (Mutumba et al., 2016; Remor, 2018), uma vez que o estigma, a mudança de hábitos que o tratamento demanda, o uso da TARV e os efeitos da revelação diagnóstica sobre o aspecto emocional do paciente podem comprometer drasticamente a adesão ao tratamento (Brasil, 2008; Brasil, 2012). Por se tratar de um processo complexo e multideterminado, há dimensões que

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 5.741.779

estabelecem influência quanto a maior ou menor adesão da pessoa ao tratamento, sendo elas: sistema e equipe de saúde, fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao tratamento, fatores relacionados à doença e também ao paciente. Assim, encontram-se nestas dimensões fatores que facilitam ou dificultam o processo de adesão (Carvalho et al., 2019; Dalmida et al., 2018). Todavia, percebe-se que fatores associados ao indivíduo recebem uma maior visibilidade nos estudos realizados. Dessa forma, apesar do processo de adesão em PVHIV ser um tema amplamente pesquisado, variáveis como a equipe de saúde e a sua responsabilização no processo de adesão tem sido pouco discutido no âmbito científico. Assim, mesmo em estudos com enfoque na equipe de saúde, nota-se que este 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 et al., 2020). Além de apurar a compreensão dos profissionais de saúde 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 para o tema em foco. Assim, espera-se que haja um aumento no que tange à reflexão de tais profissionais sobre sua prática e a possibilidade de compreensão e de mudança de sua responsabilização frente ao processo de adesão na atenção em HIV/aids (Santos et al., 2013; Honorato et al., 2018). A amostra do estudo será de conveniência, com participantes selecionados com base em sua

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 5.741.779

disponibilidade e motivação (Shaughnessy et al., 2012). Participarão gestores e/ou profissionais de uma unidade hospitalar especializada em infectologia em Goiânia – GO. Estima-se que serão avaliados colaboradores de nível superior que atuam no contexto institucional, independente se sua profissão é categorizada enquanto área da saúde. O local do estudo foi fundado em 10 de janeiro de 1977, o Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA) surgiu da união do antigo Hospital Osvaldo Cruz e do Hospital Pênfigo de Goiás, passando a funcionar no endereço: Avenida Contorno nº 3556, Jardim Bela Vista, Goiânia (GO), onde se encontra até hoje. O HDT/HAA oferece serviços no campo da Saúde Pública em Goiás, prestando atendimento eletivo e de emergência de Média e Alta Complexidade em Infectologia e Dermatologia Sanitária, sendo referenciado pelos Complexos Reguladores Estadual/Municipal. Será feita uma revisão da literatura disponível acerca do assunto onde serão elencados pontos que abarquem as dimensões da adesão referentes à corresponsabilização do profissional da área da saúde, além de demais profissionais que atuem no contexto institucional de forma direta ou indireta. Tal revisão auxiliará na construção do instrumento semiestruturado a ser aplicado, primeiramente em um estudo piloto com número reduzido de colaboradores (por volta de cinco), a fim de que sejam identificadas necessidades de aprimoramento na elaboração do instrumento (Pasquali, 2010). Após apurado os dados da aplicação na etapa piloto, a amostra para participar da pesquisa será convidada. Os participantes que aceitarem o convite, irão receber o link do

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 5.741.779

Google forms para responder de maneira online ao instrumento. Tais respostas auxiliarão na compreensão do pesquisador acerca da percepção destes profissionais sobre o processo de adesão e a sua responsabilização. Com base na análise dos dados obtidos com a aplicação do questionário, o projeto interventivo será estruturado a fim de abarcar as questões mais emergentes em relação ao tema, com foco na responsabilização do profissional de saúde frente ao processo de adesão. A intervenção ocorrerá no auditório da instituição com encontros em grupo em frequência quinzenal e com duração, em média, de duas horas. Estima-se a realização de 10 encontros. Após finalização da intervenção, haverá uma segunda aplicação do instrumento, também por link via Google forms. Os dados serão tabulados e analisados, além de ser feita a comparação com os resultados obtidos na primeira aplicação do instrumento. Desta forma, será possível verificar a relevância da variável intervenção psicoeducativa na percepção e condutas dos profissionais acerca de sua influência na responsabilização frente à adesão das PVHIV.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores

Objetivo Geral:

Investigar e intervir, por meio de um projeto de psicoeducação, sobre a percepção e as condutas de colaboradores de uma instituição especializada em infectologia acerca de sua influência e responsabilização sobre o processo de adesão de PVHIV.

Objetivo Específico:

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 5.741.779

Avaliar a percepção de colaboradores da instituição acerca de sua influência e corresponsabilização no processo de adesão de PVHIV; Identificar percepções e condutas disfuncionais relacionadas ao papel do profissional de saúde sobre o processo de adesão ao tratamento; Intervir com os colaboradores, por meio de um plano de ação psicoeducativo, acerca do conceito de adesão e a sua função de corresponsabilização; Reavaliar a percepção dos colaboradores acerca de sua influência e corresponsabilização no processo de adesão de PVHIV após a realização da intervenção.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores

**Riscos:**

Os riscos desta pesquisa serão mínimos. Caso o participante apresente reações emocionais que comprometam sua participação durante a coleta de dados, esta será suspensa e o serviço de Psicologia será acionado para fornecer a assistência adequada ao participante, o qual terá total liberdade de escolher se continua ou se encerra sua participação no estudo. Caso o participante prossiga, o apoio psicológico será ofertado ao final da participação, no mesmo dia. Durante a intervenção será adotada uma postura de acolhimento, cooperação e compartilhamento de saberes de parte dos facilitadores, de modo que situações que possam acarretar qualquer desconforto ou constrangimento aos participantes sejam minimizadas, e mesmo eliminadas.

**Benefícios:**

A pesquisa poderá proporcionar, de forma geral, maiores informações acerca de aspectos relevantes sobre

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 5.741.779

a atuação dos profissionais de saúde e o processo de adesão em PVHIV. Assim, os profissionais de saúde participantes terão a possibilidade de refletir sobre suas condutas, além de revisar seus conhecimentos e aprender novas práticas favorecedoras do processo de adesão. Espera-se que a intervenção possibilite a mudança em relação à atuação destes profissionais. Ademais, além da relevância científica acerca da temática abordada, tal pesquisa amplia a possibilidade de capacitações profissionais futuras na instituição em que foi realizada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória contam do protocolo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de Resposta de Parecer de Número: 5.664.785, emitido por este CEP em 26 de Setembro de 2022

1. Quanto ao Registro de Consentimento/Assentimento Livre, documento "TCLE.pdf"

1.1. Caso o pesquisador adote o Registro de Consentimento em seu formato físico, o mesmo deve "ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo(a) pesquisador(a) responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha". Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Para atender à pendência de número 1, houve a inserção no TCLE do seguinte trecho: O presente Termo de Consentimento é elaborado em duas vias, e devem ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você, assim como pelo pesquisador responsável, devendo as páginas de assinaturas estarem na mesma folha.

ANÁLISE: Pendência Atendida

1.2. A Resolução CNS nº 510/16, em seu Art. 6º, prevê que "o pesquisador deverá buscar o

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB**



Continuação do Parecer: 5.741.779

momento, condição e local mais adequado para que os esclarecimentos sobre a pesquisa sejam efetuados, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa". Assim, solicita-se adequação do documento de Registro do Consentimento afim de explicitar o local específico onde ocorrerá a abordagem do participante.

**RESPOSTA:** Houve a inserção no TCLE do seguinte trecho: Os instrumentos poderão ser respondidos por você no local em que achar mais confortável, garantido o sigilo das informações. O processo interventivo ocorrerá no turno matutino, com realização de, em média, dez encontros semanais no auditório da instituição, em ambiente climatizado. A abordagem dos temas na intervenção em grupo será feita por meio de técnicas pedagógicas com base em metodologias ativas, incluindo troca de experiências entre os participantes, estudos de caso, dinâmicas de grupo, uso de materiais lúdicos (colagens, pinturas), sempre mediadas pelo pesquisador.

**ANÁLISE:** Pendência Atendida

1.3. O Registro de Consentimento deve conter "a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com informação sobre métodos a serem utilizados, em linguagem clara e acessível, aos participantes da pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa", o documento apresentado não esclarece ao participante de pesquisa sobre os procedimentos adotados no que se refere ao local e tempo dispensado para participação no estudo. Solicita-se adequação.

**RESPOSTA:** Houve a inserção no TCLE do seguinte trecho: Os instrumentos poderão ser respondidos por você no local em que achar mais confortável, garantido o sigilo das informações. O processo interventivo ocorrerá no turno matutino, com realização de, em média, dez encontros semanais no auditório da instituição, em ambiente climatizado. A abordagem dos temas na intervenção em grupo será feita por meio de técnicas pedagógicas com base em metodologias ativas, incluindo troca de experiências entre os participantes, estudos de caso, dinâmicas de grupo, uso de materiais lúdicos (colagens, pinturas), sempre mediadas pelo pesquisador.

**ANÁLISE:** Pendência Atendida

1.4. Solicita-se incluir no Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido o compromisso do pesquisador de divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).

**RESPOSTA:** Houve a inserção no TCLE do seguinte trecho: A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de e-mail informando a defesa da dissertação e posterior compartilhamento da própria dissertação por meio eletrônico, podendo

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB**



Continuação do Parecer: 5.741.779

ser publicados posteriormente para a comunidade científica. Os resultados poderão também ser apresentados, em reunião presencial, no hospital onde o estudo será realizado.

ANÁLISE: Pendência Atendida

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1993253.pdf	04/10/2022 23:18:53		Aceito
Outros	Cartarespostapendencias.pdf	04/10/2022 23:18:12	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Whigney_Projeto_Revisado.pdf	04/10/2022 23:17:43	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	04/10/2022 23:17:12	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Aceite.pdf	02/09/2022 16:42:14	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Instrumento2.pdf	16/08/2022 20:44:32	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Instrumento1.pdf	16/08/2022 20:44:10	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/08/2022 20:43:40	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Aline_Rosa_da_Costa.pdf	10/08/2022 19:33:42	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Eliane_Maria_Fleury_Seidl.pdf	10/08/2022 19:33:19	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Whigney_Edmilson_da_Costa.pdf	10/08/2022 19:32:57	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	cep_CHS_modelo_carta_de_encaminhamento.pdf	10/08/2022 19:29:09	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	CartadeRevisaoEtica.pdf	10/08/2022 19:28:46	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	10/08/2022 19:24:58	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	10/08/2022	Whigney Edmilson	Aceito

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 5.741.779

Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	19:21:15	da Costa	Aceito
----------------	------------------	----------	----------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

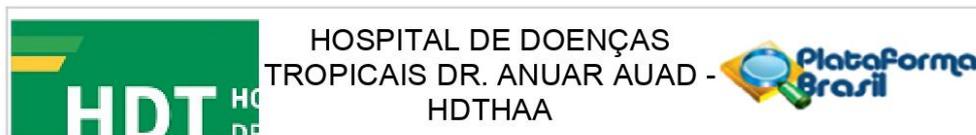
Não

BRASILIA, 06 de Novembro de 2022

Assinado por:

**MARCIO CAMARGO CUNHA FILHO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Corresponsabilização de profissionais de saúde frente à adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV

**Pesquisador:** Whigney Edmilson da Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 63079922.7.3001.0034

**Instituição Proponente:** Hospital Dr. Anuar Auad / HDT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.892.443

#### Apresentação do Projeto:

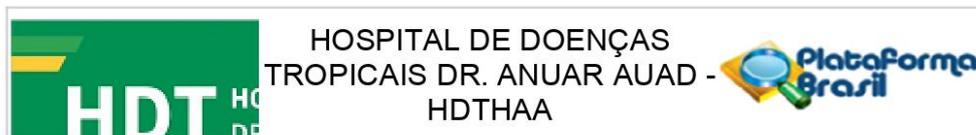
Pesquisa semi-experimental quali-quantitativa, intervencional, a ser realizada em um hospital de referência no atendimento à população PVHA. Sendo a amostra por conveniência composta por trabalhadores de saúde, independente da formação, sem maior caracterização explícita no protocolo, estimando-se um total de 15 participantes. A participação consistirá no preenchimento de questionário sociodemográficos e para avaliar a percepção dos profissionais sobre os temas investigados, a participação em uma intervenção grupal e o preenchimento de um segundo questionário. Todos os questionários serão preenchidos via formulário do Google. As intervenções grupais abordarão temas como HIV/aids em seus processos biológicos, psicossociais e históricos, reações emocionais frente ao diagnóstico, habilidades interpessoais, acolhimento, retenção e adesão, dimensões da adesão, sistema de saúde e equipe de saúde, desafios e possibilidades do vínculo profissional, o papel da equipe na promoção da adesão ao tratamento em PVHIV. A análise quantitativa será realizada com base no SPSS, e será comparado o resultado segundo questionário pré e pós-intervenção.

#### Objetivo da Pesquisa:

Geral

Investigar e intervir, por meio de um projeto de psicoeducação, sobre a percepção e as condutas de colaboradores de uma instituição especializada em infectologia acerca de sua influência e

**Endereço:** Av. Contorno 3556  
**Bairro:** Jardim Bela Vista **CEP:** 74.853-120  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3201-3621 **Fax:** (62)3201-3620 **E-mail:** cep.hdt@isgsaude.org



Continuação do Parecer: 5.892.443

corresponsabilização sobre o processo de adesão de PVHIV.

#### Específicos

Avaliar a percepção de colaboradores da instituição acerca de sua influência e corresponsabilização no processo de adesão de PVHIV; Identificar percepções e condutas disfuncionais relacionadas ao papel do profissional de saúde sobre o processo de adesão ao tratamento; Intervir com os colaboradores, por meio de um plano de ação psicoeducativo, acerca do conceito de adesão e a sua função de corresponsabilização; Reavaliar a percepção dos colaboradores acerca de sua influência e corresponsabilização no processo de adesão de PVHIV após a realização da intervenção.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos

Citado risco de mobilização emocional durante a coleta de dados. O manejo proposto inclui a opção de interrupção do procedimento e oferta de apoio psicológico imediato, ou após a coleta, caso o participante tenha optado em dar continuidade.

##### Benefícios

A pesquisa poderá proporcionar, de forma geral, maiores informações acerca de aspectos relevantes sobre a atuação dos profissionais de saúde e o processo de adesão em PVHIV. Assim, os profissionais de saúde participantes terão a possibilidade de refletir sobre suas condutas, além de revisar seus conhecimentos e aprender novas práticas favorecedoras do processo de adesão. Espera-se que a intervenção possibilite a mudança em relação à atuação destes profissionais. Ademais, além da relevância científica acerca da temática abordada, tal pesquisa amplia a possibilidade de capacitações profissionais futuras na instituição em que foi realizada.

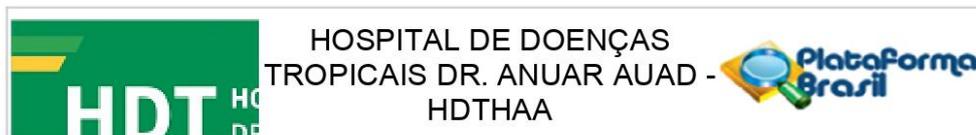
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo conclusões ou pendências e lista de inadequações.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Currículos Lattes de todos os membros da equipe de pesquisa;
2. Autorização do Instituto Sócrates Guanaes;
3. Autorização da Gestão de Gente do HDT;

**Endereço:** Av. Contorno 3556  
**Bairro:** Jardim Bela Vista **CEP:** 74.853-120  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3201-3621 **Fax:** (62)3201-3620 **E-mail:** cep.hdt@isgsaude.org



Continuação do Parecer: 5.892.443

4. Autorização do Setor de Psicologia do HDT;  
5. TCLE.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Projeto sem Inadequações ou Pendências.

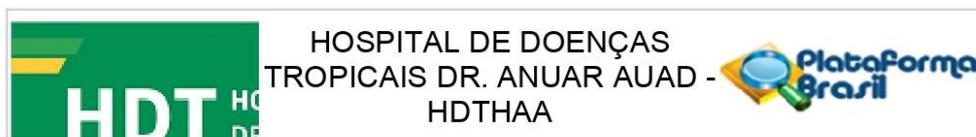
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após avaliação do protocolo acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices quanto ao desenvolvimento do estudo em nossa Instituição e poderá ser iniciado a partir da data deste parecer. Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar à este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos no HDT. Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior à 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação). 2 - Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética local. 3 - Para realizar pesquisa em Unidades de Saúde ou Unidades administrativas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) é necessário que o pesquisador cumpra a portaria 609/2020-GAB/SES, que estabelece um fluxo de autorização e realização de pesquisa científica com coleta de dados realizada em Unidades da SES-GO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2046480.pdf	09/02/2023 20:16:40		Aceito
Outros	Cartarespostapendenciasfev.pdf	09/02/2023 20:16:03	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Whigney_Projeto_Revisadofev.pdf	09/02/2023 20:15:31	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Cronograma	Cronogramafev.pdf	09/02/2023 20:14:58	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Cartarespostapendencias2.pdf	03/01/2023 15:15:57	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_revisado2.pdf	03/01/2023 15:13:48	Whigney Edmilson da Costa	Aceito

**Endereço:** Av. Contorno 3556  
**Bairro:** Jardim Bela Vista **CEP:** 74.853-120  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3201-3621 **Fax:** (62)3201-3620 **E-mail:** cep.hdt@isgsaude.org



Continuação do Parecer: 5.892.443

Justificativa de Ausência	TCLE_revisado2.pdf	03/01/2023 15:13:48	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	GG.pdf	11/11/2022 09:24:11	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	SetorPsi.pdf	11/11/2022 09:23:27	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Cartarespostapendencias.pdf	04/10/2022 23:18:12	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Whigney_Projeto_Revisado.pdf	04/10/2022 23:17:43	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	04/10/2022 23:17:12	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Aceite.pdf	02/09/2022 16:42:14	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Instrumento2.pdf	16/08/2022 20:44:32	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Instrumento1.pdf	16/08/2022 20:44:10	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Aline_Rosa_da_Costa.pdf	10/08/2022 19:33:42	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Eliane_Maria_Fleury_Seidl.pdf	10/08/2022 19:33:19	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Whigney_Edmilson_da_Costa.pdf	10/08/2022 19:32:57	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	cep_CHS_modelo_carta_de_encaminhamento.pdf	10/08/2022 19:29:09	Whigney Edmilson da Costa	Aceito
Outros	CartadeRevisaoEtica.pdf	10/08/2022 19:28:46	Whigney Edmilson da Costa	Aceito

**Situação do Parecer:**

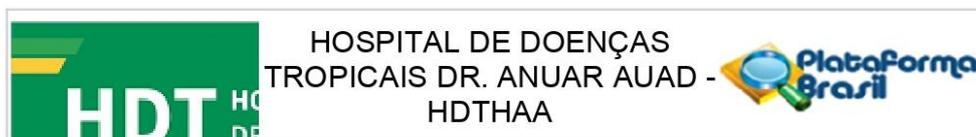
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 14 de Fevereiro de 2023

**Assinado por:****Renata de Bastos Ascenção Soares  
(Coordenador(a))****Endereço:** Av. Contorno 3556**Bairro:** Jardim Bela Vista**CEP:** 74.853-120**UF:** GO**Município:** GOIANIA**Telefone:** (62)3201-3621**Fax:** (62)3201-3620**E-mail:** cep.hdt@isgsaude.org



Continuação do Parecer: 5.892.443

**Endereço:** Av. Contorno 3556  
**Bairro:** Jardim Bela Vista **CEP:** 74.853-120  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3201-3621 **Fax:** (62)3201-3620 **E-mail:** cep.hdt@isgsaude.org