



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA –
PIBIC/CNPq

ISABELLY COSTA DE LIMA
PAULA VITÓRIA TABOSA DE LIMA
PAULA CONCEIÇÃO LAPA LACERDA

**O DESAFIO DA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS PARA JOVENS DE 15 A 29
ANOS DIAGNOSTICADOS COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
EM CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE PERNAMBUCO**

Recife-PE

2025

ISABELLY COSTA DE LIMA
PAULA VITÓRIA TABOSA DE LIMA
PAULA CONCEIÇÃO LAPA LACERDA

**O DESAFIO DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS PARA JOVENS DE 15 A 29
ANOS DIAGNOSTICADOS COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
EM CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE PERNAMBUCO**

Artigo científico submetido ao XVI Congresso Estudantil da
Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, como
finalização do Programa Institucional de Bolsas de
Iniciação Científica PIBIC no ano de 2024/2025 como
requisito parcial à apresentação do Trabalho de
Conclusão de Curso.

Linha de Pesquisa: A comunicação no diagnóstico da infecção pelo HIV.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Procópio de Oliveira Santos

Co-orientadores: Prof. Dra. Suélem Barros de Lorena

Prof. Dr. Kledoaldo Oliveira de Lima

Recife

2025

ISABELLY COSTA DE LIMA
PAULA VITÓRIA TABOSA DE LIMA
PAULA CONCEIÇÃO LAPA LACERDA

O DESAFIO DA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS PARA JOVENS DE 15 A 29 ANOS DIAGNOSTICADOS COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA EM CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE PERNAMBUCO

Artigo científico submetido ao XVI Congresso Estudantil da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, como finalização do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC no ano de 2024/2025 como requisito parcial à apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso.

Data de aprovação: ____/____/____

Nome do Orientador

Titulação do Orientador

Nome do Avaliador 1

Titulação do Avaliador 1

Nome do Avaliador 2

Titulação do Avaliador 2

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, que sob muito esforço e com amor nos permitiram chegar até aqui com dignidade e conforto; aos nossos avós, que mesmo sem saber, nos ensinaram o cuidar que vai além da medicina; e a todos os jovens que vivem com HIV, cuja coragem diária nos inspira e dá sentido a esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, antes de tudo, a Deus, que nos concedeu serenidade e força, para concluir este trabalho. Obrigada, Senhor, por sempre nos guiar e nos amparar nos momentos mais árduos desta trajetória. Sua infinita bondade, amor e cuidado foram essenciais em todos os dias que nos trouxeram até aqui.

Aos nossos pais, nossos exemplos e porto seguro, que foram nosso alicerce e fortaleza durante todo esse percurso. Obrigada pelo amor, pela paciência diante das nossas ausências nessa jornada acadêmica, pelo incentivo em cada etapa e por acreditarem em nós mesmo quando duvidamos de nossas próprias capacidades. Obrigada por nunca nos deixarem acreditar que existisse algo que não pudéssemos fazer e nenhum sonho que não fôssemos capaz de realizar. Vocês são nossa maior motivação e razão de cada conquista.

Agradecemos a toda a nossa família e amigos que nos apoiaram e estiveram ao nosso lado durante cada fase desta caminhada. A companhia, a palavra de ânimo, as risadas nos dias ordinários, os almoços em família, as saídas pós-prova de final módulo e até o desespero no final de cada período, foram fundamentais para que não desistíssemos diante das dificuldades. Levaremos conosco a certeza de que as conquistas são mais doces quando compartilhadas com aqueles que amamos.

Aos nossos entes queridos que já não estão entre nós, mas que permanecem vivos em nossas lembranças e em nossos corações. O amor, os ensinamentos e o exemplo que deixaram continuam nos inspirando, e sentimos que, de alguma forma, vocês também fazem parte desta vitória. Este trabalho é, em memória de vocês, uma forma de reconhecimento ao amor e a presença eterna que ainda nos guia.

Aos nossos orientadores, Dr. Pedro Paulo, Dr. Kledaldo Lima e Dra. Suélem Barros, que caminharam ao nosso lado durante todo o processo de escrita, coleta, análise e dissertação, oferecendo não apenas conhecimento técnico e científico, mas também compreensão e apoio. Iremos levar todo o ensinamento adiante. A paciência e competência de vocês foram essenciais para essa realização.

Por fim, agradecemos umas às outras, enquanto coautoras e companheiras nesta jornada. Foram noites de estudo, trocas de ideias, momentos de cansaço, de riso e até de lágrimas. Mais do que um trabalho, construímos juntas uma história de parceria e aprendizado, que se concretiza hoje nesta conquista. Cada página deste trabalho carrega um pouco de cada uma de nós.

“Alguma coisa aconteceu comigo. Alguma coisa tão estranha que ainda não aprendi o jeito de falar claramente sobre ela. Quando souber finalmente o que foi essa coisa estranha, saberei também esse jeito. Então serei claro, prometo. Para você, para mim mesmo. Como sempre tentei ser. Mas por enquanto, por favor, tente entender o que tento dizer.”

Caio Fernando Abreu¹

Participantes da pesquisa:**Isabelly Costa de Lima**

Estudante de graduação do 7º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4835-3875>

Paula Vitória Tabosa de Lima

Estudante de graduação do 7º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2357-9969>

Ana Carolina Tavares Cavalcanti

Estudante de graduação do 7º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9281-4674>

Paula Conceição Lapa Lacerda

Estudante de graduação do 7º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1950-597X>

Pedro Paulo Procópio de Oliveira Santos

Tutor do laboratório de Comunicação da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Jornalista e psicanalista. Doutorado em Comunicação pela UFPE.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5286-2740>

Suélem Barros de Lorena

Professora adjunta do departamento de Fisioterapia da UFPE.

Pós-doutorado em Saúde Integral (IMIP),

Doutorado em Saúde Pública (Fiocruz), Mestrado

em Ciências da Saúde (UFPE).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8664-9967>

Kledoaldo Oliveira de Lima

Coordenador do primeiro ano do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Doutorado em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2505-7516>

RESUMO

Introdução: A juvenização da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) representa uma marcante mudança nos padrões demográficos da infecção pelo HIV. A juventude, marcada por um período de descobertas e construção da identidade, torna a comunicação do diagnóstico de HIV uma experiência singular. Questões de estigma, medo do julgamento social e a adaptação a uma nova realidade de saúde permeiam esse processo, destacando a necessidade premente de abordagens que não apenas informem, mas também acolham e guiem. A forma como os diagnósticos são comunicados não apenas influencia a compreensão clínica, mas também molda as percepções, emoções e o processo de tomada de decisões dos pacientes. A compreensão dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde responsáveis por esse diagnóstico a jovens adultos, orienta esforços para aprimorar as práticas de comunicação, visando um suporte mais integral e centrado no paciente. **Objetivo:** Compreender os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde vinculados a Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Pernambuco na comunicação do diagnóstico da infecção pelo HIV em jovens de 15 a 29 anos. **Métodos:** Estudo de corte transversal realizado em cinco CTAs do estado de Pernambuco, com 18 profissionais de saúde atuantes na comunicação do diagnóstico de HIV. Foram coletados dados quantitativos por meio de questionário online sobre características sociodemográficas, experiência, treinamentos, protocolos, avaliação pós-comunicação e recursos de apoio. As respostas abertas foram analisadas qualitativamente segundo a metodologia de Minayo, com categorização temática. A associação entre variáveis quantitativas foi testada pelo qui-quadrado de Pearson, considerando significância de 5%. Demais resultados quantitativos foram analisados por meio do software Epi Info (versão 7) e software Jamovi (versão 2.7.6). **Resultados:** Participaram 18 profissionais de saúde, em sua maioria mulheres, predominando enfermeiros e psicólogos. A maioria da amostra (55,6%) possuía mais de 10 anos de experiência, porém, 39% nunca haviam recebido treinamento específico para comunicar o diagnóstico pela infecção do HIV a jovens. A comunicação era realizada frequentemente por 50% dos participantes, sobretudo entre os mais experientes. Quanto aos protocolos institucionais, 38,9% relataram inexistência e apenas 22,2% mencionaram protocolos estruturados. A avaliação da qualidade da comunicação e da compreensão pós-diagnóstico mostrou-se pouco sistematizada, restrita a métodos informais em 66,7% dos casos. O principal recurso de apoio disponível foi o aconselhamento psicológico, no entanto, 61,1% reforçaram sua insuficiência. O compartilhamento de boas práticas foi mencionado entre 88,8% dos profissionais, mas de forma pouco estruturada. O estigma foi o

desafio mais citado (94,4%), seguido por barreiras linguísticas. A análise qualitativa reforçou a relevância do suporte social, da atuação multiprofissional e da implementação de estratégias de comunicação acolhedora, evidenciando lacunas na avaliação pós-comunicação e na sistematização de práticas. **Conclusão:** A comunicação do diagnóstico de HIV a jovens nos CTAs de Pernambuco apresenta avanços, como a experiência consolidada dos profissionais e o reconhecimento do suporte social, mas ainda enfrenta fragilidades estruturais e organizacionais. A adoção de protocolos institucionais, capacitação contínua e fortalecimento da rede de apoio são medidas essenciais para uma comunicação mais acolhedora e efetiva, contribuindo para redução do estigma, maior adesão ao tratamento e melhora na qualidade de vida dos jovens.

Palavras-chave: HIV-1. Adulto jovem. Comunicação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: The juvenilization of the human immunodeficiency virus (HIV) epidemic represents a significant shift in the demographic patterns of HIV infection. Youth, marked by a period of discovery and identity formation, makes the communication of an HIV diagnosis a unique experience. Issues of stigma, fear of social judgment, and the adaptation to a new health reality permeate this process, highlighting the urgent need for approaches that not only inform but also welcome and guide. The way diagnoses are communicated not only influences clinical understanding but also shapes patients' perceptions, emotions, and decision-making processes. Understanding the challenges faced by healthcare professionals responsible for delivering this diagnosis to young adults guides efforts to improve communication practices, aiming for more comprehensive and patient-centered support. **Objective:** To understand the challenges faced by healthcare professionals working in Voluntary Counseling and Testing Centers (CTA) in Pernambuco when communicating an HIV diagnosis to young people aged 15 to 29 years. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in five CTAs in the state of Pernambuco, involving 18 healthcare professionals engaged in HIV diagnosis communication. Quantitative data were collected through an online questionnaire addressing sociodemographic characteristics, experience, training, protocols, post-communication evaluation, and support resources. Open-ended responses were analyzed qualitatively using Minayo's methodology, with thematic categorization. Associations between quantitative variables were tested using Pearson's chi-square test, considering a 5% significance level. Additional quantitative results were analyzed using Epi Info software (version 7) and Jamovi software (version 2.7.6). **Results:** A total of 18 healthcare professionals participated, most of them women, predominantly nurses and psychologists. Most of the sample (55,6%) had more than 10 years of experience; however, 39% had never received specific training for communicating an HIV diagnosis to young people. Communication was frequently performed by 50% of participants, especially among the more experienced. Regarding institutional protocols, 38.9% reported their absence, and only 22.2% mentioned structured protocols. The evaluation of communication quality and post-diagnosis understanding was poorly systematized, being limited to informal methods in 66.7% of cases. The main support resource available was psychological counseling; however, 61.1% emphasized its insufficiency. Sharing of best practices was reported by 88.8% of professionals, though in a poorly structured way. Stigma was the most frequently cited challenge (94.4%), followed by language barriers. Qualitative analysis reinforced the importance of social support, multidisciplinary action, and the implementation of welcoming

communication strategies, while highlighting gaps in post-communication evaluation and the systematization of practices. **Conclusion:** Communicating an HIV diagnosis to young people in Pernambuco's CTAs shows progress, such as the consolidated experience of professionals and the recognition of social support, but still faces structural and organizational weaknesses. The adoption of institutional protocols, continuous training, and strengthening of the support network are essential measures for more welcoming and effective communication, contributing to stigma reduction, greater treatment adherence, and improved quality of life for young people.

Key-words: HIV. Young adult. Health communication.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral.....	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	MÉTODO.....	16
3.1	Desenho e período do estudo	16
3.2	Local e população do estudo.....	16
3.3	Critérios de elegibilidade	16
3.4	Instrumento e coleta de dados	16
3.5	Variáveis analisadas	17
3.6	Análise dos dados	17
3.7	Aspectos éticos.....	17
4	RESULTADOS.....	18
5	DISCUSSÃO	27
6	CONCLUSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS.....	33
	APÊNDICE I – LISTA DE CHECAGEM.....	37
	APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	38
	APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLETA.....	41
	ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	47

1 INTRODUÇÃO

Assim como em toda interação humana, na prática médica, a comunicação é indispensável, principalmente por proporcionar melhor qualidade para o cuidado nos serviços de saúde.² Contudo, observam-se lacunas significativas que comprometem a eficácia desse diálogo, especialmente no delicado contexto da comunicação de más notícias.³ Na área da saúde, más notícias são informações que podem piorar e mudar de forma drástica e negativa a perspectiva de futuro do paciente, ameaçando seu bem-estar físico ou mental, bem como seu estilo de vida, dependendo de sua personalidade, crenças e apoio social.^{4,5}

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um grave problema de saúde pública, devido ao seu impacto individual e social, permeada por preconceitos, medos, incertezas e desigualdades.⁶ Durante as décadas de 80 e 90, a infecção era popularmente conhecida por expressões como “peste gay” e “câncer gay”.⁷ Todavia, sabe-se atualmente que a infecção pelo HIV, responsável por causar a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), independe de sexo, classe social, orientação sexual, cultura ou idade.⁸ O diagnóstico da infecção, em uma faixa etária que está adquirindo constantemente novas habilidades e competências, é fato impactante, pois provocará novas mudanças no cotidiano e no processo de socialização.⁹

O percentual de notificações de jovens entre 15 e 24 anos diagnosticados entre os anos de 2011 a 2021 aumentou, sendo mais de 52 mil jovens com HIV que evoluíram para a síndrome da imunodeficiência adquirida, no Brasil.¹⁰ Assim, o aumento da prevalência de infecções em adultos jovens aponta a juvenilização da epidemia e leva a crer que esses indivíduos em algum momento da vida, vivenciaram a comunicação de seu diagnóstico.¹¹ Dessa forma, os profissionais de saúde adquirem mais uma atividade essencial que é a de promover melhorias no manejo da informação, visto que a interlocução afeta a forma de como o indivíduo vai lidar com a notícia e como vai buscar o melhor para si diante do que foi compartilhado por meio do processo comunicativo.¹²

A comunicação do diagnóstico de HIV para jovens envolve um complexo entrelaçamento entre o manejo emocional da má notícia e os efeitos sociais do preconceito. O estigma relacionado ao HIV é um fenômeno social enraizado em estruturas de poder e cultura, influenciando diretamente as práticas dos profissionais de saúde, muitas vezes resultando em estratégias de “gestão do estigma” que podem invisibilizar o paciente ou tutelá-lo indevidamente.¹³ A comunicação de más notícias, definida como qualquer informação que afete gravemente a perspectiva de futuro de uma pessoa, exige sensibilidade, ética e preparo técnico

por parte dos profissionais, visto que sua forma de condução pode impactar não apenas o entendimento da informação, mas também o bem-estar emocional do paciente e a relação terapêutica.¹⁴ Assim, essa comunicação vai além do dado clínico, exigindo enfrentar tabus, proteger direitos e oferecer cuidado que respeite a autonomia e reduza danos psicológicos.

Nesse sentido, a vida pós-diagnóstico é afetada em diversos âmbitos, pois as relações interpessoais são marcadas pela omissão do diagnóstico, uma vez que os pacientes temem as influências negativas do estigma social.¹⁵ Nesse viés, a figura do profissional de saúde na revelação diagnóstica é fundamental para desmistificar o estigma, principalmente quando é considerado a experiência da doença e não apenas o olhar simplório sobre a enfermidade.¹⁶ Dessa forma, uma interlocução que inclua os aspectos biopsicossociais do indivíduo é essencial para garantir a cooperação e a comunicação entre os serviços de saúde e o paciente, visando desenvolver uma participação ativa do próprio jovem adulto no tratamento, respeitando o tempo de preparação de forma gradual e prolongada para a transição à terapêutica.¹⁷

Assim, desenvolver a comunicação como um processo, de maneira gradual e contínua, para garantir à pessoa o direito de saber sua própria condição, estabelecer a esperança, enfatizando a existência de diversas tecnologias e tratamentos existentes com o avanço da medicina, que permitem uma vida normal, promover o bem-estar e provocar menos efeitos negativos, é um dos principais desafios da abordagem médica para esses pacientes.^{18,19,20} Com isso, os motivos associados aos bons níveis de adesão e satisfação do tratamento, além da reação do paciente diante a descoberta do seu diagnóstico estão intimamente ligados à presença de apoio social e boa relação médico-paciente.²¹ Porém, ainda não se sabe se os fatores sociodemográficos e de atuação profissional influenciam na efetividade do diagnóstico, bem como no enfrentamento dos principais desafios associados a essa comunicação.

Dessa forma, este estudo analisou os desafios enfrentados por profissionais de saúde vinculados a Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Pernambuco na comunicação do diagnóstico de HIV em jovens de 15 a 29 anos, bem como identificou estratégias consideradas eficazes para aprimorar esse processo. Além disso, buscou-se compreender a relação entre a qualidade da comunicação, o suporte social e a adesão ao tratamento, a fim de contribuir para o aprimoramento das práticas comunicativas no âmbito da saúde e para o fortalecimento da qualidade do cuidado prestado a essa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde vinculados a Centros de Testagem e Aconselhamento de Pernambuco na comunicação do diagnóstico de infecção pelo HIV em jovens de 15 a 29 anos.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil de profissionais de saúde atuantes nos CTAs, de acordo com variáveis biológicas, sociodemográficas e de atuação profissional;
- Analisar as práticas existentes de comunicação do diagnóstico da infecção pelo HIV em jovens nos CTAs, compreendendo a percepção dos profissionais quanto aos desafios percebidos e a eficácia da comunicação;
- Analisar como o estigma e apoio social relacionado ao HIV influenciam a qualidade da comunicação e o enfrentamento dos jovens diante o diagnóstico;

1min
↳ 45-min

3 MÉTODO

3.1 Desenho e período do estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, no período de setembro de 2024 a agosto de 2025.

3.2 Local e população do estudo

O estudo foi realizado em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) do Estado de Pernambuco, Brasil, localizados nos municípios de Recife, Olinda, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes e Paulista, com coleta de dados ocorrida entre dezembro de 2024 e abril de 2025.

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde atuantes nos CTAs que desempenhavam funções relacionadas à comunicação do diagnóstico de HIV, especialmente em jovens de 15 a 29 anos. Foram entrevistados 18 profissionais, sendo 13 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. As profissões representadas incluíram: 7 Enfermeiros, 7 Psicólogos e outros profissionais (Médico, Farmacêutico, Nutricionista e Assistente Social), cada um representado por 1 participante. A amostragem foi de conveniência, obtida por abordagem direta nos locais de atuação profissional.

3.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos profissionais pertencentes às equipes dos CTAs mencionados, que atuavam diretamente na comunicação do diagnóstico de HIV em jovens de 15 a 29 anos.

Foram excluídos aqueles afastados por licença no período da coleta de dados ou que não exerciam atividades relacionadas à comunicação desse diagnóstico.

3.4 Instrumento e coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário padronizado, por meio da ferramenta *google forms*, com perguntas autoexplicativas de múltipla escolha e questões abertas, elaborada pelos pesquisadores, com o detalhamento das variáveis de interesse. Os participantes elegíveis após a lista de checagem (APÊNDICE I) foram convidados a participar do estudo de maneira presencial, onde receberam um link para acesso contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II), bem como o questionário da pesquisa (APÊNDICE III)

3.5 Variáveis analisadas

Foram analisadas variáveis sociodemográficas e relacionadas aos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na comunicação do diagnóstico de HIV, como: idade, sexo, profissão, religião, tempo de experiência na comunicação de más notícias, frequência ordinal com que comunicam o diagnóstico de HIV, tipo de treinamento recebido para essa comunicação, existência de protocolo institucional, método de avaliação da informação comunicada, avaliação pós-comunicação e disponibilidade de recursos de apoio aos usuários após o diagnóstico.

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram revisados e digitados em uma planilha do Excel© (Microsoft Corporation, EUA). A análise quantitativa foi realizada por meio do software Epi Info (versão 7) e software Jamovi (versão 2.7.6). A associação entre as variáveis foi feita pelo teste do quiquadrado de Pearson, considerada significância estatística de 5%. Os dados foram inseridos duas vezes em momentos distintos para reduzir erros. A análise qualitativa foi conduzida com base na metodologia de Minayo, por meio da transcrição das entrevistas, leitura exploratória e aprofundada, identificação de núcleos de sentido, codificação e categorização temática.

3.7 Aspectos éticos

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde em 11 de outubro de 2024, CAAE: 833144424000005569. Todos os participantes da pesquisa que aceitaram participar, assinaram o TCLE. Os pesquisadores declaram ausência de conflito de interesses.

Zomin

4 RESULTADOS

O estudo foi composto por 18 profissionais de saúde atuantes em cinco CTA do estado de Pernambuco, distribuídos nos municípios de Recife, Olinda, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes e Paulista. A mediana da idade foi de 44 anos (intervalos interquartílicos:36-53). Quanto ao sexo, houve predomínio do feminino (n=13; 72,2%), enquanto o masculino representou 27,8% (n=5). A amostra apresentou diversidade profissional, com maior frequência de enfermeiros (n=7; 38,9%) e psicólogos (n=7; 38,9%). Profissões como médico, farmacêutico, nutricionista e assistente social, corresponderam individualmente a 5–10% da amostra (n= 4). Em relação à religião, 38,9% (n=7) declararam-se católicos, 22,2% (n=4) espíritas, 11% (n=2) cristãos, 5,6% (n=1) evangélico e 22% (n=4) relataram não possuir religião. (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos participantes segundo sexo, religião e profissão.

Variável	N= 18	
	n	%
Sexo		
Masculino	5	27,8
Feminino	13	72,2
Religião		
Católico	7	38,9
Cristão	2	11,1
Espírita	4	22,2
Evangélico	1	5,6
Sem religião	4	22,2
Profissão		
Assistente social	1	5,6
Enfermeiro	7	38,9
Nutricionista	1	5,6
Farmacêutico	1	5,6
Psicólogo	7	38,9
Médico	1	5,6

Fonte: Elaboração própria, 2025.

A experiência profissional na comunicação de más notícias variou: a maioria (n=10; 55,6%) possuía mais de 10 anos de atuação, 22,2% (n=4) entre 1 e 5 anos, 11,0% (n=2) entre 6 e 10 anos, e 11,0% (n=2) tinham menos de 1 ano. Apesar disso, 39,0% (n=7) nunca haviam

recebido treinamento específico para comunicar diagnóstico da infecção pelo HIV a jovens. Entre os que receberam capacitação, a maioria relatou treinamento especializado (n=9; 50,0%), voltados especificamente para a comunicação de más notícias e para o manejo diante do diagnóstico da infecção pelo HIV e 11,0% (n=2) treinamento genérico, relacionados à comunicação em saúde ou atendimento ao público.

Quanto à frequência com que realizavam a comunicação do diagnóstico de HIV, 50,0% (n=9) afirmaram fazê-lo frequentemente (≥ 2 vezes por semana), 38,9% (n=7) regularmente (entre 3 a 6 vezes por mês) 11,0% (n=2) raramente (< 3 vezes por mês). Observou-se maior proporção de comunicação frequente entre os profissionais com mais de 10 anos de experiência. (Tabela 2)

Tabela 2 – Perfil profissional dos participantes segundo frequência de comunicação diagnóstica, tempo de experiência e capacitação para comunicação do diagnóstico.

Variável	N=18	
	n	%
Frequência de comunicação diagnóstica		
Raramente	2	11,1
Regularmente	7	39,8
Frequentemente	9	50,0
Experiência profissional		
1-5 anos	4	22,2
6-10 anos	2	11,1
> 10 anos	10	55,6
< 1 ano	2	11,1
Treinamento específico para comunicar o diagnóstico		
Não, sem treinamento específico	7	38,9
Sim, treinamento especializado	9	50,0
Sim, treinamento genérico	2	11,1

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Sobre a existência de protocolos institucionais direcionados a comunicação de más notícias, 38,9% (n=7) relataram inexistência, 33,3% (n=6) informaram seguir apenas diretrizes informais, com orientações transmitidas verbalmente, sem registro formal e 22,2% (n=4) referiram utilizar protocolos estruturados, caracterizados por documentos institucionais que padronizam o processo de comunicação no serviço. No que tange à avaliação da qualidade da informação transmitida no processo da comunicação do diagnóstico pela infecção do HIV,

66,7% (n=12) relataram ausência de método formal, 16,7% (n=3) afirmaram uso de práticas informais, baseadas em impressões subjetivas e observação da reação dos pacientes, com *feedback* em reuniões de equipe, 11,0% (n=2) utilizam método estruturado isolado, com questionários ou protocolos de checagem do entendimento e 5,6% (n=1) relata a combinação entre método estruturado e práticas informais.

A avaliação pós-comunicação do diagnóstico pela infecção do HIV, para quantificar a compreensão e impacto nos jovens, também foi pouco sistematizada: 66,7% (n=12) indicaram utilizar apenas métodos informais, com conversas livres com o paciente em retornos espontâneos, observação subjetiva após a notícia e *feedback* ao final da conversa, quando o profissional pede uma devolutiva e explicação sobre o que o jovem havia compreendido da notícia e seus impactos. Cerca de 27,8% (n=5) não realizavam qualquer avaliação, limitando-se apenas ao ato de comunicar o diagnóstico. Apenas 5,6% (n=1) mencionaram uso de protocolo estruturado, caracterizado por instrumento padronizado de checagem da compreensão, como questionários formais, roteiros institucionais ou acompanhamento psicológico programado, que permitem maior monitoramento e comparabilidade entre casos.

No que se refere aos recursos de apoio oferecidos após o diagnóstico, o mais citado foi o aconselhamento psicológico (n=12; 66,7%), geralmente disponibilizado de forma individual, logo após a comunicação. Outras estratégias incluíram grupos de apoio, material educativo impresso e recursos online. Dois participantes (11,0%) afirmaram inexistência de qualquer recurso disponível em seus serviços. A maioria (n=11; 61,1%) considerou tais recursos insuficientes para atender plenamente às necessidades emocionais dos jovens, destacando que, embora úteis, eram ofertados de forma esporádica ou com baixa adesão (Tabela 3).

Tabela 3 – Protocolos utilizados para avaliação da comunicação, compreensão pós-avaliação e recursos de apoio disponíveis entre os participantes.

Variável	N=18	
	n	%
Avaliação da qualidade de comunicação		
Método estruturado	2	11,1
Práticas informais	3	16,7
Combinação de métodos estruturados e informais	1	5,6
Não se aplica	12	66,7

Avaliação da compreensão e impacto pós-avaliação		
Protocolo estruturado	1	5,6
Métodos informais	12	66,7
Não se aplica	5	27,8
Recursos de apoio disponíveis		
Aconselhamento psicológico	13	72,3
Grupos de apoio	1	5,6
Material educativo	1	5,6
Não há recursos	3	16,7
Percepção de recursos suficientes para atender às necessidades emocionais dos jovens		
Não são suficientes	11	61,1
Não tenho certeza	1	5,6
São suficientes	6	33,3

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Quanto ao compartilhamento de boas práticas entre os profissionais, 44,4% (n=8) afirmaram que ocorre regularmente (uma a duas vezes no mês), 44,4% (n=8) ocasionalmente (em situações pontuais que demandam discussão) e 11,0% (n=2) relataram não haver troca. Todos os profissionais reconheceram que o compartilhamento de estratégias de comunicação, experiências positivas com pacientes, materiais de apoio utilizados e condutas que contribuam para maior adesão ao acolhimento pode ser um aliado importante no processo de comunicação do diagnóstico, contribuindo para reduzir os desafios enfrentados na prática profissional.

Sobre o envolvimento da família, 55,6% (n=10) consideraram benéfico, enquanto 44,4% (n=8) avaliaram que depende da situação. A influência da religiosidade foi considerada fator crucial por 27,8% (n=5), indiferente por 55,6% (n=10) e incerta por 16,7% (n=3). A adesão a programas de apoio psicossocial foi considerada muito importante por 77,8% (n=14) e importante por 22,2% (n=4). Na percepção dos profissionais, o nível de conhecimento demonstrado pelos jovens após o diagnóstico foi classificado como moderado em 55,6% (n=10), alto em 22,2% (n=4) e baixo em 22,2% (n=4).

O principal desafio relatado na comunicação do diagnóstico foi o estigma associado ao HIV (n=17; 94,4%). Ainda assim, 5,6% da amostra (n=1) identificou barreiras linguísticas como obstáculo relevante (Tabela 4).

Tabela 4 – Aspectos associados à comunicação do diagnóstico de HIV: compartilhamento de experiências, influência da religião e da família, adesão a grupos de suporte e desafios enfrentados.

Variável	N=18	
	n	%
Compartilhamento de boas práticas		
Sim, regularmente	8	44,4
Ocasionalmente	8	44,4
Não há compartilhamento	2	11,1
Crença religiosa como fator determinante na eficácia da comunicação		
Sim	5	27,8
Não	10	55,6
Não tenho certeza	3	16,7
Envolvimento da família como fator benéfico no processo		
Sim, é benéfico	10	55,6
Depende da situação	8	44,4
Adesão a grupos de suporte		
Muito importante para o apoio emocional	14	77,8
Importante para o suporte psicológico	4	22,2
Desafios mais prevalentes na comunicação do diagnóstico de HIV a jovens		
Barreiras linguísticas	1	5,6
Estigma associado ao diagnóstico	17	94,4

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Observou-se que o tempo de experiência profissional esteve diretamente associado à frequência com que o diagnóstico era comunicado aos jovens. Profissionais com mais de 10 anos de atuação relataram desempenhar essa tarefa de forma mais frequente quando comparados aos com menor tempo de serviço, evidenciando que a prática acumulada contribui para maior segurança no enfrentamento dessa situação. (Tabela 5)

Identificou-se que a percepção da influência da crença religiosa no processo de comunicação não estava necessariamente relacionada à percepção pessoal da religião dos profissionais. Esse dado foi evidenciado quando mais de 70% dos católicos (n=5) afirmaram que a crença religiosa tinha pouca importância ou não sabiam avaliar sua influência nesse contexto. Esses achados sugerem que a relevância atribuída à religiosidade na comunicação do diagnóstico depende de fatores individuais e de experiências profissionais, e não apenas da religião declarada. (Tabela 5)

Outro achado relevante diz respeito à relação entre a existência de protocolos institucionais e a realização de avaliação da comunicação. Embora se esperasse que a presença de protocolos estruturados ou mesmo diretrizes informais estimulasse a adoção de práticas avaliativas, os dados mostraram que essa associação não se confirmou de maneira expressiva. Mesmo nos serviços que relataram dispor de protocolos, a avaliação da comunicação pós-diagnóstica permaneceu limitada ou ausente em grande parte dos casos. Esse resultado evidencia uma lacuna importante, sugerindo que a simples existência de parâmetros institucionais não garante sua efetiva aplicação na rotina e nem assegura o monitoramento contínuo da qualidade da comunicação. (Tabela 5)

Tabela 5 – Associação entre tempo de atuação profissional e frequência diagnóstica, uso de protocolos de comunicação e avaliação da qualidade da informação, religião declarada e percepção da influência da crença na comunicação.

Variável		N=18	
		n	%
Tempo de atuação profissional	Frequência diagnóstica		
< 1 ano	Raramente	1	5,6
	Frequentemente	1	5,6
1-5 anos	Raramente	1	5,6
	Regularmente	1	5,6
	Frequentemente	2	11,1
6-10 anos	Frequentemente	2	11,1
	Regularmente	6	33,3
> 10 anos	Regularmente	6	33,3
	Frequentemente	4	22,2
Protocolos para comunicação de má notícias no serviço	Avaliação da qualidade de informação e comunicação		
Sim, estruturado	Método estruturado	1	5,6
	Práticas informais	1	5,6
	Não há	2	11,1
Sim, informal	Práticas informais	1	5,6
	Combinação de método estruturado e práticas informais	1	5,6
	Não há	4	22,2
Não há	Método estruturado	1	5,6
	Práticas informais	1	5,6
	Não há	6	33,4

Religião declarada	Percepção da influência da crença na eficácia da comunicação		
Católico	Sim	2	11,1
	Não	3	16,7
	Não tenho certeza	2	11,1
	Não	2	11,1
Espírita	Sim	1	5,6
	Não	2	11,1
	Não tenho certeza	1	5,6
Evangélico	Sim	1	5,6
Sem religião	Sim	1	5,6
	Não	3	16,7

Fonte: Elaboração própria, 2025.

A análise qualitativa, baseada em respostas abertas, reforçou os achados quantitativos já descritos, revelando percepções e experiências dos profissionais. Dessa forma, emergiram cinco categorias principais: (1) importância do suporte social; (2) recursos e serviços de apoio; (3) avaliação pós-comunicação; (4) desafios na comunicação; e (5) estratégias para comunicação acolhedora.

- **Suporte social:**

Todos os participantes enfatizaram a importância do suporte social no enfrentamento do diagnóstico pelos jovens, usando termos como “fundamental”, “crucial” e “indispensável”. Destacou-se o papel do apoio familiar, da comunidade e da equipe multiprofissional para reduzir o estigma internalizado e promover adesão ao tratamento.

Ex: “O suporte social faz toda a diferença, reduzindo a possibilidade da internalização do estigma do HIV e os consequentes danos à saúde mental e física”.

- **Recursos e serviços de apoio:**

Os profissionais indicaram que aconselhamento psicológico, grupos de adesão, atendimento multiprofissional, rede de apoio, capacitação e informação qualificada são os recursos mais eficazes. Foi ainda ressaltado que, embora os grupos de apoio sejam importantes, nem todos os jovens participam ativamente, o que evidencia a necessidade de estratégias complementares, como educação continuada e orientação individualizada.

Ex: “A equipe multiprofissional completa é de extrema importância, pois cada profissional vai atuar em uma área específica, atendendo a todas as demandas do paciente”, “Acolhimento da equipe, grupo de adesão, acesso livre a unidade, psicologia e informação”, “Rede de apoio e grupos de suporte”, “Vínculo familiar, testagens a parceiros, grupos de adesão, psicoterapia focal, conduta de medidas preventivas como a PrEP”.

- Avaliação pós-comunicação:

Observou-se que a avaliação é ainda pouco sistematizada. Os profissionais sugeriram acompanhamento psicológico intensivo, questionários e protocolos estruturados, escuta qualificada e educação permanente, buscando compreender o entendimento do jovem e ajustar intervenções conforme suas necessidades.

Ex: “Aprimorar o nível de contato do jovem com a instituição da adesão”, “Com acolhimento e escuta qualificada”, “Com acompanhamento psicológico intenso, para que o paciente entenda a importância da adesão ao tratamento”, “Com consulta de retorno após o início do tratamento para identificar potenciais dificuldades que possam comprometer a sua adesão”; “Com suporte multiprofissional”.

- Desafios:

O estigma social foi apontado como principal desafio, seguido de baixa escolaridade, ausência de suporte familiar e vulnerabilidades sociais. A compreensão do diagnóstico e a adesão ao tratamento são influenciadas por fatores sociais, emocionais e familiares.

Ex: “População com baixa escolaridade e desconhecimento do vírus e da doença”, “Ausência de suporte familiar e uso de substâncias psicoativas pelo usuário”, “Falta de informação sobre a infecção e tratamento, além do estigma social”, Condição social, apoio da família, escolaridade para compreensão do diagnóstico, tratamento e exames”, “Não saber se ele terá rede de apoio”.

- Estratégias para comunicação acolhedora:

Foram citadas estratégias de acolhimento, como uso de linguagem acessível, empatia, ambiente físico estruturado, educação permanente dos profissionais e atuação multiprofissional integrada. O objetivo é garantir que o jovem se sinta compreendido e apoiado, promovendo adesão e qualidade de vida.

Ex: “Uso de linguagem acessível à compreensão do usuário”, “Ser empático, acolhedor, passar segurança e encaminhar para rede de apoio e suporte psicológico”, “Cartilhas com linguagem acessível ao jovem”, “Treinamento das equipes e educação permanente em atendimento humanizado”, “Local de acolhimento estruturado e uma boa equipe multidisciplinar”, “O profissional deve ter domínio sobre o vírus e sobre o entendimento de que o tratamento está evoluído e de é possível uma vida com o HIV. O conhecimento sobre isso e a luta para desmistificar e diminuir os conceitos pré-formados e estigmatizados são muito importantes. Quando se domina e se entende essas questões, é possível realizar um acolhimento empático e eficaz”, “Abordagem empática, focada no sujeito ali presente, respeitando o seu momento e permitindo espaço de fala”, “Tornar o ambiente, um espaço confortável, acolhedor”.

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam fragilidades na comunicação do diagnóstico da infecção pelo HIV a jovens nos CTA de Pernambuco, principalmente no que se refere à ausência de protocolos formais, escassez de treinamentos e insuficiência de recursos de apoio. Apesar de a maioria dos profissionais possuir mais de 10 anos de experiência, 38,9% relataram nunca ter recebido capacitação específica para comunicar más notícias. Esse achado reforça evidências de que treinamentos direcionados contribuem para a segurança do profissional e para a melhor experiência do paciente ao receber o diagnóstico.^{9,11,22} Esse aspecto é relevante, pois, o conhecimento da situação sorológica possibilita compreensão e aceitação dessa doença crônica, sendo a comunicação crucial para a continuidade dos cuidados com a infecção pelo HIV. Além disso, tem sido observado que a qualidade da comunicação pode repercutir de maneira positiva para os familiares e profissionais de saúde do serviço. Entre os familiares, fortalece os laços com o jovem e melhora aspectos psicológicos, como culpa e autoconfiança. Para os profissionais, diminui as ausências às consultas e aumenta a adesão a grupos de apoio, refletindo maior engajamento do jovem com seu cuidado pessoal.²²

A análise qualitativa corroborou com esses achados, onde os profissionais reconhecem a importância do suporte social e do acompanhamento multiprofissional, reforçando que a comunicação efetiva não depende apenas da transmissão de informações técnicas, mas também do acolhimento emocional, do entendimento e engajamento do jovem no seu cuidado.^{16,17} Essa perspectiva converge com o estudo “Comunicação Do Diagnóstico de Infecção Pelo HIV: Experiência de Jovens”, no qual foi concluído que, a comunicação do diagnóstico da infecção pelo HIV, principalmente para jovens, deve ser desenvolvida e adaptada para a capacidade de entendimento de cada paciente, de maneira que inclua o nível de compreensão, o estágio de desenvolvimento e contexto social e familiar. O estudo reforça que a comunicação não será um evento isolado, mas um processo em constante desenvolvimento, ao longo de várias conversas, ambientes e situações, que pode ocorrer com pessoas e profissionais diferentes, assim como foi evidenciado no campo amostral da presente pesquisa, onde houve diversidade do grupo de profissionais envolvidos nesse momento do diagnóstico.^{11,22}

O suporte social emergiu como categoria central, sendo unanimemente reconhecido pelos profissionais como indispensável ao enfrentamento do diagnóstico. Essa percepção está em consonância com estudos que apontam o apoio familiar, comunitário e institucional como determinantes para adesão ao tratamento e enfrentamento do estigma.¹⁹⁻²¹ Em contrapartida, a ausência de rede de apoio está associada a maiores taxas de abandono terapêutico e sofrimento psíquico, uma vez que a doença faz com que ocorram mudanças de hábitos e comprometimentos

de todos e muitos familiares não auxiliam ou estimulam portadores de HIV a continuar o tratamento. O cuidado da família com um HIV positivo é essencial para promover a autoconfiança desse paciente, bem-estar e animo para seus cuidados e motivação para se manter no tratamento, tornando-se uma rede de apoio social e psicológico.²³

A influência da família e da religiosidade sobre a comunicação mostrou-se um aspecto de opiniões divergentes. Enquanto parte dos profissionais reconhece tais fatores como positivos, outros os percebem como dependentes do contexto.^{4,5,23} Evidências semelhantes foram encontradas em alguns estudos, onde o suporte familiar é um determinante para adesão ao tratamento, mas, em determinados cenários, pode reforçar sentimentos de rejeição.²⁴ Dentro dos CTAs analisados, a percepção dos profissionais em relação a influência da crença religiosa do paciente no processo de comunicação e adesão ao tratamento, revelou pouca importância ou incerteza de sua influência, até mesmo diante daqueles profissionais com religião declarada. Esse achado diverge de alguns outros, onde a religiosidade é identificada como benéfica para a saúde mental e como facilitadora na aceitação do diagnóstico e seguimento ao tratamento. Da mesma forma, embora a religiosidade possa representar fonte de apoio e resiliência, algumas crenças podem reforçar o estigma e dificultar a aceitação do diagnóstico.^{3-5,24}

Outro aspecto relevante foi a identificação dos recursos considerados mais eficazes no apoio aos jovens. Psicoterapia, grupos de adesão, equipe multiprofissional e acesso à informação qualificada foram reiteradamente mencionados. Entretanto, a percepção de que tais recursos ainda são insuficientes reflete a limitação estrutural dos serviços e a necessidade de políticas públicas mais efetivas para o fortalecimento da rede de cuidado.^{12,16} É de suma importância mencionar, que quando tais recursos são ofertados desde o primeiro contato do paciente com seu diagnóstico, maiores as chances de compreensão, adesão e retenção ao tratamento. Um estudo qualitativo realizado nos municípios de São Paulo e Salvador entre 2019 e 2020 sobre o acesso a serviços e a ligação ao cuidado do HIV mostrou que, após o diagnóstico, as clínicas onde essa comunicação foi estabelecida, são vistas pelos pacientes como lugares seguros para obter informações devido ao conhecimento precário sobre prevenção, diagnóstico e tratamento em outros ambientes.²⁶

Entender a importância do manejo e comunicação individualizada no diagnóstico de HIV é essencial para bons cuidados aos pacientes. No entanto, a predominância de práticas informais de comunicação e avaliação da informação reflete a falta de padronização entre os serviços, realidade semelhante a qual vem sendo descrita em outros cenários brasileiros, onde a ausência de padronização acarreta grande heterogeneidade de práticas e inconsistência de bons resultados na comunicação.^{11,12,14,19,27,28} Observa-se que, mesmo diante de recomendações

normativas, muitos profissionais ainda recorrem a estratégias improvisadas e pouco sistematizadas, o que fragiliza o processo de acolhimento, aumenta a vulnerabilidade emocional dos jovens no momento do diagnóstico e dificulta a consolidação de um cuidado integral e contínuo.²⁸

O benefício na adoção de comunicações estruturadas tem sido documentado de forma consistente. A exemplo disso, o protocolo SPIKES é reconhecido como aliado importante nesse processo, uma vez que sua utilização favorece a clareza das mensagens, centra o processo nas preferências do paciente e promove um ambiente de escuta mais acolhedor. Estudos de intervenção demonstram que treinamentos específicos aumentam a segurança do profissional e a estrutura da comunicação. Assim, sua aplicação fortalece o vínculo terapêutico e contribui para um cuidado mais humanizado e efetivo.²⁸⁻³²

Contudo, a adoção de protocolos e capacitações, por si só, não asseguram uma comunicação efetiva. É igualmente necessário que os serviços implementem mecanismos de avaliação contínua, capazes de identificar se a mensagem foi compreendida de forma clara e se atende às necessidades reais dos pacientes. Protocolos bem estruturados favorecem a padronização e a segurança do cuidado, mas sua efetividade depende da retroalimentação constante entre profissionais e usuários. Além disso, a ausência de monitoramento pode gerar uma aplicação meramente formal das normas, sem garantir impacto real na experiência do paciente. Nessa perspectiva, Rothberg et al. (2022) reforçam que instrumentos avaliativos, ao contemplarem dimensões como clareza, acessibilidade, abordagem compreensível, contextualização, respeito ao protagonismo do jovem e diálogo horizontal, permitem não apenas medir a qualidade da comunicação, mas também orientar ajustes permanentes, transformando a comunicação em um processo dinâmico e centrado no paciente.³³⁻³⁵

A insuficiência de recursos de apoio relatada por 61,1% dos profissionais constitui uma limitação significativa, uma vez que o suporte psicológico e social é essencial para reduzir o impacto emocional do diagnóstico e favorecer a adesão ao tratamento. Pesquisas nacionais apontam que o apoio psicossocial contínuo melhora a qualidade de vida, reduz sintomas depressivos e fortalece a adesão ao cuidado em pessoas vivendo com HIV, especialmente entre adolescentes e jovens que enfrentam maior vulnerabilidade social e estigma.³⁶⁻³⁹ Além disso, a integração de equipes multiprofissionais, incluindo psicólogos e assistentes sociais, tem sido associada à redução do abandono terapêutico e à promoção de maior vínculo entre usuários e serviços de saúde.^{40,41} Dessa forma, estratégias que ampliem a disponibilidade de recursos psicossociais representam um eixo central para qualificar o cuidado e potencializar os resultados clínicos e sociais no enfrentamento do HIV.

Além disso, o estigma foi apontado por 94,4% dos entrevistados como principal desafio na comunicação. Esse resultado é consistente com dados da literatura nacional e internacional, que identificam o estigma como uma das maiores barreiras ao diagnóstico precoce, à adesão ao tratamento e ao bem-estar das pessoas vulnerabilidade.^{6,7,13} No cenário brasileiro atual, o Índice de Estigma 2025 revelou que 50% das pessoas vivendo com HIV sofreram discriminação, seja em ambientes de saúde, no convívio familiar, nas relações sociais ou no trabalho, evidenciando que a marginalização ultrapassa o campo biomédico e impacta diretamente a vida cotidiana. O levantamento também mostrou que a discriminação frequentemente se expressa em atitudes de rejeição, violação de direitos e exclusão social, fatores que fragilizam os processos de prevenção e cuidado. Esses dados reforçam que o estigma permanece como barreira estrutural e simbólica, cuja persistência dificulta a adesão terapêutica e intensifica a vulnerabilidade social dos jovens diagnosticados.⁴² Assim, informações insuficientes e muitas vezes distorcidas dentro dos círculos sociais, escolas, famílias e mídia digital perpetuam representações sociais do HIV que continuam fortemente associadas a noções estigmatizantes e discriminatórias de morte, punição e promiscuidade.²⁶ Dessa forma, o estigma é um fenômeno complexo, cuja persistência influencia de maneira significativa no campo da prevenção e do cuidado dos jovens HIV positivo.⁴³

Outrossim, foi evidenciado pelos profissionais que o compartilhamento de boas práticas entre equipes poderia aprimorar a comunicação do diagnóstico. Esse achado converge com estudos que ressaltam a relevância da educação permanente em saúde, entendida como um processo contínuo de reflexão crítica sobre a prática, que favorece a padronização das condutas, a humanização da assistência e o fortalecimento do trabalho coletivo.^{14,44} Espaços de aprendizagem coletiva como oficinas, rodas de conversa e capacitações interprofissionais estimulam o compartilhamento de experiências e vivências clínicas, promovendo maior coesão entre equipes e possibilitando a construção de estratégias comunicacionais mais efetivas.^{45,46}

Este estudo apresenta algumas limitações, pois em cada CTA, o grupo de profissionais responsável pela comunicação do diagnóstico não era numeroso, o que, mesmo abrangendo cinco centros, resultou em um tamanho amostral pequeno. O número reduzido de participantes (n=18) restringiu a possibilidade de realizar análises estatísticas mais robustas. Assim, não foi possível estabelecer associações estatisticamente relevantes entre variáveis sociodemográficas, institucionais e práticas de comunicação. Outrossim, a participação foi influenciada pela disponibilidade dos profissionais ou pela própria recusa em participar, o que pode ter limitado a diversidade de perspectivas. Ainda assim, acredita-se que os achados refletem realidades comuns em outros serviços e podem contribuir para formulação de novas estratégias.

Limitações

Resumo

Dessa forma, os achados do presente estudo são de extrema contribuição e indicam que, embora exista experiência consolidada entre os profissionais e reconhecimento da importância do apoio psicossocial, ainda há desafios importantes no processo de comunicação e suporte para o jovem diagnosticado com HIV. Essas demandas podem ser supridas por meio de protocolos institucionais, capacitações regulares e fortalecimento da rede de apoio nos serviços de saúde, contribuindo para uma comunicação mais acolhedora e efetiva do diagnóstico de HIV, além das medidas de apoio e seguimento.

6 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a comunicação do diagnóstico da infecção pelo HIV a jovens nos CTA de Pernambuco apresenta avanços importantes, como a experiência consolidada de muitos profissionais e o reconhecimento do papel central do suporte social, mas também revela fragilidades estruturais e organizacionais que comprometem a qualidade desse processo.

Os principais desafios identificados foram a ausência de protocolos padronizados, a insuficiência de treinamentos específicos e a limitação de recursos de apoio psicossocial, somados ao estigma social, que permanece como a maior barreira enfrentada por jovens vivendo com HIV. Tais fatores reforçam que a comunicação do diagnóstico não se restringe à transmissão de informações clínicas, mas envolve dimensões emocionais, sociais e culturais que exigem abordagem multiprofissional, empática e humanizada.

Os achados qualitativos demonstraram que os profissionais percebem o suporte social, a psicoterapia e os grupos de adesão como recursos indispensáveis, embora ainda insuficientes. Da mesma forma, a avaliação pós-comunicação mostrou-se pouco sistematizada, evidenciando a necessidade de protocolos que permitam monitorar a compreensão do diagnóstico e a adesão inicial ao tratamento.

Nesse contexto, estratégias como a capacitação permanente das equipes, a implementação de protocolos estruturados, o fortalecimento da rede multiprofissional e a criação de ambientes acolhedores se apresentam como caminhos prioritários para aprimorar a comunicação. Além disso, o manejo individualizado, atento às singularidades familiares, religiosas e culturais de cada jovem, é essencial para reduzir o estigma e favorecer a adesão ao cuidado.

Conclui-se que investir na formação continuada dos profissionais, na padronização das práticas comunicacionais e na ampliação dos recursos de apoio psicossocial é fundamental para garantir que a comunicação do diagnóstico de HIV a jovens seja mais compreensível, acolhedora e efetiva. Tais medidas têm potencial de fortalecer o enfrentamento do estigma, promover maior adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV.

REFERÊNCIAS

1. Abreu CF. Primeira carta para além dos muros. O Estado de S. Paulo. 1994 Ago 21;106-8.
2. Ferraz MAG, Chaves BA, Silva DP, Jordán A de PW, Barbosa LNF. Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2022 Jul 18;46.
3. Costa VJC, Costa FS, Curylofo CAC. Communication of bad news in health: approaches to the person-centered model. Phenom Stud Gestalt Approach Ver. 2019;25(1):92-102.
4. Isquierdo APR, Bilek ES, Guirro ÚB do P. Comunicação de más notícias: do ensino médico à prática. Rev Bioet. 2021 Jun;29(2):344–53.
5. Vogel KP, Silva JHG da, Ferreira LC, Machado LC. Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. Rev Bras Educ Med. 2019;43(1 suppl 1):314–21.
6. Lucas MCV, Böschemeier AGE, Souza ECF de. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2023 May 15;33:e33053.
7. Mansani FP, Neto FF. Avaliação do conhecimento acerca de HIV/Aids em jovens de duas escolas do ensino médio em uma cidade do sul do Brasil. Brazilian Journal of Health Review. 2020;3(2):1806-17.
8. Monteiro RSM, Feijão AR, Barreto VP, da Silva BC, Neco KK, Aquino AR. Ações educativas sobre prevenção de HIV/AIDS entre adolescentes em escolas. Revista Enfermería Actual. 2019;37: 206-22.
9. Lobo ÂS, Leal MAF. A revelação do diagnóstico de HIV/Aids e seus impactos psicossociais. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. 2020 Jul 28;9(2):174.
10. Ministry of Health (BR). More than 52,000 young people aged 15 to 24 with HIV progressed to AIDS in the last ten years [Internet]. Brasília: Ministry of Health; 2023 Feb [cited 2024 Mar 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/mais-de-52-mil-jovens-de-15-a-24-anos-com-hiv-evoluiram-para-aids-nos-ultimos-dez-anos>.
11. Santos ÉEP dos, Ribeiro AC, Padoin SM de M, Valadão MC da S, Paula CC de. Comunicação do diagnóstico de infecção pelo HIV: experiência de jovens. Rev Bioét [Internet]. 2021 [acesso 4 março 2024]. 29(4):867–79.
12. Pinto FG, Ferro GB, Flexa CVB, Moraes CAS, Epifane MG, Braga EO. Health communication as an essential medical tool: disclosure of diagnoses and follow-up of adolescents with HIV. BMS [Internet]. 2022 Sep 4 [cited 2024 May 4];7(10):17.
13. Parker R, Agleton P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2002. (Coleção ABIA, Cidadania e Direitos).

14. Kumar V, Sarkhel S. Clinical Practice Guidelines on Breaking Bad News. *Indian J Psychiatry*. 2023;65(2):238-244. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_498_22.
15. Costa VT, Meirelles BHS. Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/aids sob a ótica do pensamento complexo. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:1-15.
16. Angelim RC de M, Brandão BMG de M, Marques SC, Oliveira DC de, Abrão FM da S. Representações e práticas de cuidado de profissionais de saúde às pessoas com HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019;53.
17. Dias WB, Lima CBM, Rodrigues FR, Cardoso ME de O, Silva JML da, Araújo LT, Monteiro AJ da C, Teixeira LM, Leite VLM, Coutinho ES, Maciel TAF, Araújo JAC de, Souza Martins ACG, Júnior AFC, Boulhosa MF. O perfil psicossocial de pessoas vivendo com HIV/AIDS em uma unidade de acompanhamento em Belém-PA: Relato de Experiência. REAS [Internet]. 2020 [acesso 20 abril 2024]. 12(1):e1429.
18. Zanon BP, Paula CC de, Ribeiro AC, Padoin SM de M. Content validation to support the monitoring of disclosure of HIV diagnosis in childhood. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(suppl 2).
19. Cremonese L, Padoin SMM, Paula CC. Communication of HIV diagnosis in proper time: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021 Oct 27;55:e20210153. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0153. PMID: 34730609.
20. Seidl EM, Remor E. Adesão ao Tratamento, Resiliência e Percepção de Doença em Pessoas com HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [acesso 20 de março 2024];2020;36:1- 11.
21. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 Mar 1;17(3):621–6.
22. Lima MCL de, Pinho CM, Dourado CAR de O, Silva MAS da, Andrade MS. Diagnostic aspects and in-service training in the decentralization of care to people living with HIV. *Ver esc enferm USP* [Internet]. 2021;55:e20210065. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0065>.
23. Primeira MR, Santos ÉEP dos, Züge SS, Magnago TSBS de S, Paula CC de, Padoin SMM. Assessment of adherence to antiretroviral treatment among people living with HIV. *Saúde Pesq* [Internet]. 2018;11(2):307-314. Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6305>.doi:10.17765/1983-1870.2018v11n2p307-314. [cited 2025 Sep 4].
24. Silva LMS da, Tavares JSC. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015Apr;20(4):1109–18. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.17932013>.
25. Silva SK, Passos SMK, Souza LDM. Association between religiosity and mental health in patients with HIV. *Psychol Theory Pract*. 2015;17(2):36-51. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000200003

26. Guarnieri R, Botelho FC, Silva LAVD, Zucchi EM. Social representations of HIV and healthcare among recently diagnosed youth. *Rev Saude Publica*. 2024 Oct 11;58(suppl 1):6s. doi: 10.11606/s1518-8787.2024058005594. PMID: 39417516; PMCID: PMC11573375.
27. Silva NEK, Ayres JR de CM. Strategies for communicating HIV diagnosis to sexual partners and health practices. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 Aug;25(8):1797-1806. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800016>.
28. Bellenzani R, Nemes MIB, Paiva V. Professional-patient communication and care: evaluation of an intervention for adherence to HIV/AIDS treatment. *Interface (Botucatu)*. 2013 Oct;17(47):803-834. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0051>.
29. Martins NQB, Thomazini MG, Rodrigues MT, Matos MS, Souto RR. Communication of bad news through the SPIKES protocol: a bibliographic review. *Rev. Mas* [Internet]. 2023 Sep 26 [cited 2025 Sep 13];8(15). Available from: <https://revistamaster.emnuvens.com.br/RM/article/view/414>.
30. Alves CAC, Sarinho SW, Belian RB. Breaking bad news in a neonatal intensive care unit. *Rev Bioet* [Internet]. 2023 Jun [cited 2025 Sep 13];31:e3448. Available from: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3448.
31. Girardi JM, Andrade BAM de, Leao FR de C, Protazio MM, Oliveira MP de, Chaves CS. The SPIKES protocol in breaking bad news in healthcare: an integrative review. *Rev Bra de Edu e Saude* [Internet]. 2024 Feb 9 [cited 2025 Sep 13];14(1):142-150. Available from: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/10218>.
32. Sousa FH. Breaking bad news: analysis of skills training for healthcare professionals [thesis]. Ribeirão Preto: School of Nursing of Ribeirão Preto; 2017 [cited 2025 Sep 13]. doi:10.11606/T.22.2018.tde-23012018-162932.
33. Lemos DMP, Barcellos R de A, Borba D dos SM, Caballero LG, Goldraich LA, Echer IC. Effective communication for safe care of patients with ventricular assist device implants. *Ver Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019;40(spe):e20180344. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180344>.
34. Moreira FTL dos S, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies in managing destructive behaviors and promoting patient safety. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2019;40(spe):e20180308. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>.
35. Rothberg D, Ferreira VL, Muniz AJ, Mendonça AVM. Quality of health-promoting communication: how to evaluate? Proposal of an instrument for assessing sexually transmitted infection (STI) prevention campaigns. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2022;26:e220004. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.220004>.
36. Seidl EMF, Melchíades A, Farias V, Brito A. People living with HIV/AIDS: variables associated with adherence to antiretroviral treatment. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 Oct;23(10):2305-2316. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000006>.
37. Silva LAV, Bortolozzi MR, Souza MMB, Motta MCS, Guimarães MDC. Factors associated with adherence to antiretroviral treatment in adolescents and young people living with HIV/AIDS. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190010.

38. Pedroso C, Souza L, Santos V, Oliveira D. Psychosocial support and therapeutic adherence in young people living with HIV: na integrative review. *Ver Bras Enferm.* 2020;73(suppl 5):e20e190010.
39. Bastos FI, Bastos JL, Toledo L, Mello MB. The impact of stigma and discrimination on HIV treatment adherence in Brazil. *Saude Debate.* 2019;43(special Epidemiol.
40. Reis RK, Melo ES, Gir E. Coping strategies and psychosocial support for people living with HIV/AIDS. *Ver Lat Am Enferm.* 2017;25:e2919.
41. Brito AM, Kendall C, Kerr L, Mota RMS, Guimarães MDC, Dourado I, et al. Factors associated with adherence and retention in healthcare services among people living with HIV in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(10):e00124217.
42. Brazil. General Secretariat of the Presidency of the Republic. Stigma Index 2025 reveals that 50% of people living with HIV in Brazil have already experienced discrimination [Internet]. Brasília: Federal Government; 2025 May [cited 2025 Sep 13]. Available from: <https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2025/maio/indice-de-estigma-2025-revela-que-50-das-pessoas-vivendo-com-hiv-no-brasil-ja-sofreram-discriminacao>.
43. Cruz MLS, Darmont M de QR, Monteiro SS. HIV-related stigma among youth transitioning to adult care in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 Jul;26(7):2653-2662. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07422021>.
44. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. The quadrilateral of health training: teaching, management, care, and social control. *Physis.* 2004;14(1):41-65.
45. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, Kleba ME, Reibnitz KS. Continuing health education and interprofessionalism: challenges and potential in the Family Health Strategy. *Interface (Botucatu).* 2018;22(suppl 2):1705-1715.
46. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS, Arboit J. Continuing health education: management strategies to qualify care. *Ver Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200455.

APÊNDICE I – LISTA DE CHECAGEM

Nome: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- ☐ Ser parte da equipe dos profissionais de saúde do Centro de Testagem e Aconselhamento (Recife, Olinda, Camaragibe, Jaboatão ou Paulista).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- ☐ Profissionais que estejam afastados por licença no período da coleta de dados.
☐ Profissionais que não trabalham com o diagnóstico de jovens de 15 a 29 anos.

CONCLUSÃO

- ☐ ELEGÍVEL
☐ NÃO ELEGÍVEL

SE ELEGÍVEL, CONCORDA EM PARTICIPAR?

1. ☐ SIM 2. ☐ NÃO

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O desafio da comunicação de más notícias para jovens de 15 a 29 anos diagnosticados com o vírus da imunodeficiência humana em Centros de Testagem e Aconselhamento de Pernambuco”. Para que você possa decidir se quer participar ou não da pesquisa, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação.

Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), é um documento que você precisa ler e entender, para então, pensar em aceitar participar desta pesquisa. Leia as informações com muita atenção, e caso surja alguma dúvida, converse com o pesquisador responsável e a equipe de pesquisa para o esclarecimento. Caso durante a sua leitura, apareça alguma palavra ou frase que você não compreenda ou que fique confuso (a), converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores explicações. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, sinalize para o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem sanadas, você poderá fornecer seu consentimento concordando ao final desse formulário. Se requisitado, o pesquisador deverá fornecer uma cópia das suas respostas e aceitação deste termo.

PROPÓSITO DA PESQUISA

A presente pesquisa visa compreender os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde vinculados a Centros de Testagem e Aconselhamento de Pernambuco na comunicação do diagnóstico de HIV em jovens de 15 a 29. Buscamos identificar as lacunas existentes nesse processo delicado e propor estratégias eficazes para aprimorar a comunicação, considerando as nuances biopsicossociais desses pacientes. Além disso, ao melhorar a compreensão dos profissionais de saúde sobre como apoiar eficazmente esses jovens, os resultados podem influenciar positivamente as políticas de atendimento e as diretrizes clínicas, promovendo um ambiente mais empático e compassivo no cuidado ao HIV.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Será realizada uma entrevista com um questionário contendo 20 perguntas simples sobre os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias aos jovens entre 15 e 29 anos diagnosticados com HIV e 4 perguntas simples com dados sociodemográficos (idade, profissão, religião, sexo). Esta entrevista durará cerca de 20 minutos. Todos os dados coletados serão mantidos em sigilo e confidencialidade e serão utilizados apenas para os propósitos descritos neste Termo. Seus dados de identificação não serão revelados nos resultados do estudo.

BENEFÍCIOS

Este estudo visa contribuir de maneira significativa para diversos setores, proporcionando benefícios substanciais para profissionais de saúde, pacientes e a comunidade em geral. Dessa forma, haverá o aprimoramento da comunicação médico-paciente, melhoria na adesão ao tratamento, redução do estigma associado ao HIV, orientação para boas práticas profissionais, contribuição para políticas de saúde, além do enriquecimento do corpo de conhecimento e

pesquisa. Ao consolidar esses benefícios, o estudo visa promover mudanças positivas na abordagem do diagnóstico de HIV, fomentando uma prática de saúde mais humanizada e centrada nas necessidades dos pacientes.

RISCOS

Considerando que não existe pesquisa isenta de riscos, sua participação nesta pesquisa poderá ocasionar riscos mínimos como perda de tempo para responder ou algum constrangimento por responder alguma pergunta. Todavia, sua privacidade será garantida e terá a liberdade de só responder o que quiser, assim como de parar a pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Por outro lado, consideramos que os benefícios que esta pesquisa poderá trazer, podem justificar estes pequenos riscos.

CUSTOS

A sua participação no estudo não acarretará custo nem retorno financeiro.

CONFIDENCIALIDADE

É importante salientar que, caso decida participar da pesquisa, as informações obtidas e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa; os dados do participante somente serão utilizados depois de anonimizados. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais obtidos; e mesmo que esses dados forem utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

É garantido a plena liberdade ao participante da pesquisa de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou penalização alguma, conforme a Resolução CNS 510 de 2016, Artigo 17, Inciso III. Caso decida interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida e seus dados excluídos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO

Será garantido, em qualquer etapa da pesquisa, a possibilidade de esclarecimentos sobre quaisquer eventuais dúvidas. Você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, se quiser. Neste caso, entrar em contato com o orientador responsável: Pedro Paulo Procópio de Oliveira Santos (pedro.procopio@fps.edu.br). Se preferir, entre em contato com os coorientadores: Suélem Barros de Lorena (suelem.barros@fps.edu.br); Kleodoaldo Oliveira de Lima (kledoaldo@gmail.com). Além disso, você tem a opção de falar também com os pesquisadores da pesquisa: Isabelly Costa de Lima (isaabellycosta4@gmail.com); Paula Vitória Tabosa de Lima (paulatabosafps@gmail.com); Ana Carolina Tavares Cavalcanti (anacaroltavares890@gmail.com) ou Paula Conceição Lapa Lacerda (paulacllacerda@gmail.com). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FPS (CEP-FPS). Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o CEP-FPS, que objetiva defender os interesses dos participantes da pesquisa, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-FPS está situado à Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE, 51150-000. tel: (81) 3312-7755 – Email: comite.etica@fps.edu.br. O CEP/FPS funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 08:00 às 11:30 h e 13:30 às 16:00h.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e compreendi o propósito da pesquisa em questão. Ficaram claros para mim quais serão os procedimentos de coleta realizados, os riscos, os benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Também entendi que a minha participação é livre de despesas, que tenho garantia do acesso aos dados e que minhas dúvidas serão explicadas a qualquer tempo por algum dos pesquisadores e pela equipe de pesquisa. Entendo que meu nome não será publicado e será assegurado o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o andamento da pesquisa, sem prejuízo ou penalização alguma.

Eu, por intermédio deste,

☐ CONCORDO, dou livremente meu consentimento para participar desta pesquisa.

☐ NÃO CONCORDO.

APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLETA

DATA: __/__/__

Dados sociodemográficos

1. Idade: ____

2. Sexo:

() Feminino

() Masculino

() Não desejo responder

3. Profissão: _____

4. Religião: _____

() Não desejo responder

**Dados relacionados aos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na
comunicação do diagnóstico de HIV para jovens entre 15 e 29 anos**

5. Com que frequência você realiza a comunicação de diagnóstico de HIV?

() Raramente (< 3 vezes por mês) () Regularmente (entre 3 a 6 vezes por mês) ()
Frequentemente (> 2 vezes por semana)

6. Considerando sua experiência profissional na área de saúde, especialmente no que diz respeito à comunicação de más notícias aos pacientes, por favor, selecione a opção que melhor descreve a sua trajetória:

() Menos de 1 ano e/ou com experiência incipiente na comunicação de diagnósticos desafiadores.

☐ 1-5 anos e/ou adquirindo familiaridade gradual na abordagem de situações delicadas.

☐ 6-10 anos e/ou com uma experiência consolidada, enfrentando diversas complexidades na comunicação de más notícias.

☐ Mais de 10 anos e/ou possuindo vasta experiência, inclusive em lidar com nuances específicas e desafios inerentes à comunicação de diagnósticos como o HIV.

7. Você recebeu treinamento específico para realizar a comunicação de diagnóstico de HIV a jovens ao longo da sua profissão?

☐ Sim, treinamento especializado (capacitação específica para a comunicação de más notícias e para o manejo diante do diagnóstico para essa faixa etária).

☐ Sim, treinamento genérico em comunicação (capacitação voltada para a comunicação em saúde ou atendimento ao público no geral).

☐ Não, sem treinamento específico.

8. Nesse Centro de Testagem e Aconselhamento, existe algum protocolo específico direcionado a comunicação de más notícias?

☐ Sim, há um protocolo estruturado com documentos institucionais que padronizam o processo de comunicação no serviço para guiar a comunicação de más notícias, proporcionando diretrizes claras e práticas.

☐ Sim, há um conjunto de diretrizes informais, apenas com orientações verbais, sem registro formal, oferecendo flexibilidade na abordagem comunicativa.

☐ Não, atualmente não existe um protocolo específico para orientar a comunicação de más notícias no Centro de Testagem e Aconselhamento.

☐ Não sei informar.

9. Existe algum método de avaliação implementado para analisar a qualidade da informação fornecida durante a comunicação do diagnóstico de HIV aos jovens? (Se as informações foram

passadas da maneira adequada e se o profissional teve, independente da abordagem, uma postura correta para a comunicação de más notícias, por exemplo)

() Sim, há um método estruturado de avaliação com questionários ou protocolos de checagem do entendimento que permite analisar a qualidade da informação comunicada de maneira sistemática.

() Sim, existem práticas informais de avaliação como as impressões subjetivas e observação da reação dos pacientes para verificar a eficácia e precisão das informações transmitidas.

() Sim, há uma combinação de métodos estruturados e práticas informais para avaliar a qualidade da informação.

() Não, atualmente não há um método ou processo formal de avaliação implementado para analisar a qualidade da informação durante a comunicação do diagnóstico de HIV.

() Não se aplica.

10. Existe algum protocolo ou método de avaliação utilizado após a comunicação do diagnóstico para verificar a compreensão e o impacto nos jovens?

() Sim, protocolo estruturado (utilização de instrumento padronizado de checagem da compreensão, como roteiros e questionários).

() Sim, método informal (feedback ao final da comunicação e explicação sobre o que o jovem havia compreendido).

() Não, não há avaliação específica

11. Em sua instituição de saúde, quais recursos específicos de apoio estão disponíveis para jovens após o diagnóstico de HIV?

() Aconselhamento psicológico

() Grupos de apoio

() Material educativo impresso

() Recursos online

() Outros (especifique): _____

12. Você acredita que esses recursos são suficientes para atender às necessidades emocionais dos jovens?

() Sim

() Não

() Não tenho certeza

13. Existe uma cultura de compartilhamento de boas práticas, como estratégias de comunicação, materiais de apoio utilizados, condutas e experiências entre profissionais de saúde em relação à comunicação de diagnóstico de HIV?

() Sim, regularmente (1 a 2 vezes no mês)

() Ocasionalmente (situações pontuais que demandam discussão)

() Não, não há compartilhamento

14. Você acredita que o compartilhamento de experiências pode contribuir para melhorias nesse processo?

() Sim

() Não

() Não tenho certeza

15. Você acredita que o envolvimento da família é benéfico para o paciente?

() Sim

() Não

() Depende da situação

16. Você acredita que a crença religiosa do paciente é um fator crucial na eficácia da comunicação?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho certeza

17. Como você percebe a importância do suporte social no enfrentamento do diagnóstico de HIV por parte dos jovens?

18. Na sua experiência profissional, como você avalia a relevância da adesão de jovens diagnosticados com HIV a programas de apoio psicossocial ou grupos de suporte?

- ☐ Muito importante para o apoio emocional
- ☐ Importante para o suporte psicológico
- ☐ Neutra, sem grande impacto
- ☐ Pouco importante, outras formas de apoio são mais eficazes
- ☐ Sem importância, o diagnóstico não necessita desse tipo de suporte

19. Quais recursos ou serviços de apoio você acredita que são mais eficazes para auxiliar jovens recém-diagnosticados com HIV?

20. Ao avaliar o conhecimento adquirido pelos jovens após o diagnóstico de HIV, como você classificaria, em termos de profundidade e abrangência, o nível de entendimento que eles demonstram sobre a condição?

- ☐ Alto

☐ Moderado

☐ Baixo

21. Com base em sua prática profissional, qual dos seguintes desafios você considera mais prevalente na comunicação do diagnóstico de HIV a jovens?

☐ Estigma associado ao diagnóstico

☐ Falta de empatia durante a comunicação

☐ Barreiras linguísticas na transmissão da informação

22. Na sua opinião, como a avaliação pós-comunicação pode ser aprimorada?

23. Quais os principais desafios que você enfrenta ao comunicar o diagnóstico de HIV a jovens?

24. Que estratégias você considera eficazes para tornar a comunicação do diagnóstico de HIV mais compreensível e acolhedora para os jovens?

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DESAFIO DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS PARA JOVENS DE 15 A 29 ANOS DIAGNOSTICADOS COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) EM CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Pesquisador: SUÉLEM BARROS DE LORENA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83314424.0.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.150.851

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da pesquisa" e "Avaliação de Riscos e Benefícios, foram retiradas dos Arquivos: Projeto detalhado e das Informações Básicas do Projeto, Data de Submissão do Projeto: 03/10/2024 Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2415581.pdf Versão do Projeto: 2, CAAE: 83314424.0.0000.5569

A juvenização da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) representa uma marcante mudança nos padrões demográficos da infecção pelo HIV. A juventude, marcada por um período de descobertas e construção da identidade, torna a comunicação do diagnóstico de HIV uma experiência singular. Questões de estigma, medo do julgamento social e a adaptação a uma nova realidade de saúde permeiam esse processo, destacando a necessidade premente de abordagens que não apenas informem, mas também acolham e guiem. A forma como os diagnósticos são comunicados não apenas influencia a compreensão clínica, mas também molda as percepções, emoções e o processo de tomada de decisões dos pacientes. A

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 7.150.851

compreensão dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde responsáveis por esse diagnóstico a jovens adultos, orienta esforços para aprimorar as práticas de comunicação, visando um suporte mais integral e centrado no paciente.

Objetivo da Pesquisa:

III. OBJETIVOS:

III.1 Objetivo geral:

Compreender os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde vinculados a Centros de Testagem e Aconselhamento de Pernambuco na comunicação do diagnóstico de HIV em jovens de 15 a 29 anos.

III.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil de profissionais de saúde atuantes nos CTAs, de acordo com variáveis biológicas, sociodemográficas e de atuação profissional;
- Analisar as práticas existentes de comunicação do diagnóstico de HIV em jovens nos CTAs, compreendendo a percepção dos profissionais quanto aos desafios percebidos e a eficácia da comunicação;
- Analisar como o estigma e apoio social relacionado ao HIV influenciam a qualidade da comunicação e o enfrentamento dos jovens diante o diagnóstico;
- Explorar estratégias e diretrizes que visem aprimorar a comunicação do diagnóstico de HIV de jovens entre 15 e 29 anos pelos profissionais de saúde;
- Determinar a associação entre as variáveis biológicas, sociodemográficas e de atuação profissional no processo da comunicação do diagnóstico de HIV para jovens, pelos profissionais de saúde atuantes nos CTAs.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Os riscos para os participantes da pesquisa são mínimos, como perda de tempo ou eventual

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA **CEP:** 51.150-000
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 **E-mail:** comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 7.150.851

desconforto ao responder as perguntas. No entanto, os pesquisadores tomarão medidas para minimizar esses riscos, pois a coleta será feita com formulário personalizado com perguntas autoexplicativas, com duração máxima de 20 minutos e esclarecendo que os participantes não precisam responder a perguntas com as quais não se sintam confortáveis. Os participantes serão informados de que podem interromper a pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios da pesquisa incluem a possibilidade de melhoria positiva na prática clínica ao fornecer resultados valiosos sobre estratégias de comunicação eficazes ao diagnóstico de jovens com HIV. Ao compreender as necessidades específicas desse grupo demográfico, os profissionais de saúde podem adaptar suas abordagens, garantindo que a comunicação de más notícias seja informativa, compassiva e capacitadora. Isso, por sua vez, pode resultar em uma transição mais suave para o gerenciamento da condição e uma melhoria geral na qualidade de vida desses jovens.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática em questão revela-se interessante diante do cenário atual da juvenização da epidemia do HIV. A dinâmica entre profissionais de saúde e pacientes durante esse processo pode oferecer resultados profundos sobre o suporte emocional, a compreensão do paciente e os efeitos à longo prazo dessa comunicação.

A pesquisa em questão é inovadora, haja vista tratar-se de um tema emergente que vem ganhando cada vez mais destaque e importância na atualidade. Dessa forma, a pesquisa busca preencher lacunas no conhecimento existente sobre a comunicação de diagnósticos de HIV para jovens na nossa região, indo além da dimensão clínica, o que enfatiza a singularidade do trabalho para a melhoria das práticas de comunicação. Assim, evidencia-se um estudo inédito, visto que fornecerá dados atualizados, ainda escassos, em cenário regional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou de forma satisfatória os seguintes documentos obrigatórios:

Folha de rosto

Carta anuência

TCLE

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

UF: PE

Município: RECIFE

CEP: 51.150-000

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 7.150.851

Lattes dos pesquisadores

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

pendencias abaixo listadas foram resolvidas

LISTA DE PENDÊNCIA:

PENDÊNCIA 1. Na seção Método, no item IV.5.3 Procedimento para seleção de participantes, pede-se que: seja apresentada como será feito o primeiro contato com os possíveis participantes da pesquisa, se este contato será de forma presencial, via aplicativo ou por telefone. E ainda neste item informar também como será feito a entrega do questionário, se via e-mail, aplicativo ou por outros meios, uma vez que questionário será respondido via Google forms.

RESPOSTA: Foi adicionado no item IV.5.3, na seção Métodos do projeto na página 12, um maior detalhamento sobre o procedimento para seleção de participantes, em negrito e na cor vermelha. Foi destacado que o contato com os participantes da pesquisa ocorrerá de maneira presencial em seu respectivo local de trabalho. Além disso, foi pontuado que o fornecimento do instrumento de coleta será feito por um dos pesquisadores através de um QR Code impresso em uma folha A4, onde o participante poderá, apontar a câmera do seu dispositivo e acessar o questionário, de modo que se sinta mais seguro e confortável para responder as perguntas. Alterações feitas conforme pendência.

PENDÊNCIA 2. Uma das cartas de anuência apresentadas, não indica o respectivo município de onde ocorrerá a pesquisa, a carta esta assinada, porém sem o informar de qual cidade.

RESPOSTA: A carta de anuência de CAMARAGIBE foi refeita e assinada novamente pela secretária de saúde do respectivo município, destacado em negrito e em no documento a alteração, discriminando o local conforme a pendência.

PENDÊNCIA 3. No TCLE existe apenas os e-mails dos pesquisadores. Solicita-se incluir os contatos telefônicos e endereços.

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA **CEP:** 51.150-000
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 **E-mail:** comite.etica@fps.edu.br

**FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA**



Continuação do Parecer: 7.150.851

RESPOSTA: As alterações foram realizadas no TCLE, estão em negrito e na cor vermelha nas páginas 2 e 3 do documento. O número de contato de todos os pesquisadores, além do local de trabalho do orientador foi acrescentado ao documento conforme a pendência, para que assim, seja fornecido maiores opções de contato para os participantes entrarem em contato com os pesquisadores do projeto se necessário.

Obs:TODAS AS PENDÊNCIAS ACIMA, FORAM SANADAS.

Considerações Finais a critério do CEP:

¿De acordo com o Art. 28. da Resolução 510/16, a responsabilidade do pesquisador:

III- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela Conep a qualquer momento;

V - Apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

De acordo com a Resolução 466/12 do CNS, das competências do CEP:

b) acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa;

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.¿

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2415581.pdf	03/10/2024 16:07:28		Aceito
Outros	cartarespostapibic2.docx	03/10/2024 16:04:12	PAULA VITORIA TABOSA DE LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciacamargibe.pdf	03/10/2024 16:02:49	PAULA VITORIA TABOSA DE LIMA	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 7.150.851

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPIBICHIV.docx	03/10/2024 15:58:42	PAULA VITORIA TABOSA DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PREPROJETOHIV.docx	03/10/2024 15:57:43	PAULA VITORIA TABOSA DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	16/09/2024 13:13:47	PAULA VITORIA TABOSA DE LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CTA_RECIFE.pdf	05/09/2024 11:50:54	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CTA_PAULISTA.pdf	05/09/2024 11:50:42	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CTA_JABOATAO.pdf	05/09/2024 11:50:28	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CTA_OLINDA.pdf	05/09/2024 11:49:54	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CTA_CAMARAGIBE.pdf	05/09/2024 11:49:24	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Outros	LattesSuelem.pdf	05/09/2024 11:48:59	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Outros	Lattes_Pedro.pdf	05/09/2024 11:48:22	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Outros	LATTES_PAULATABOSA.pdf	05/09/2024 11:48:05	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Outros	LATTES_PAULALAPA.pdf	05/09/2024 11:47:50	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Outros	Lattes_Kledaldo.pdf	05/09/2024 11:47:31	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Outros	LATTES_ISABELYCOSTA.pdf	05/09/2024 11:47:12	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Outros	LATTES_anacarolina.pdf	05/09/2024 11:46:58	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/09/2024 11:45:55	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	05/09/2024 11:45:45	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/09/2024 11:45:01	SUÉLEM BARROS DE LORENA	Aceito
Projeto Detalhado	PIBIC2024_HIV.pdf	05/09/2024	SUÉLEM BARROS	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

UF: PE

Município: RECIFE

CEP: 51.150-000

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 7.150.851

/ Brochura Investigador	PIBIC2024_HIV.pdf	11:44:49	DE LORENA	Aceito
----------------------------	-------------------	----------	-----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 11 de Outubro de 2024

Assinado por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br