

Comunicação médico-paciente e a adesão ao tratamento a doenças estigmatizantes

Doctor-patient communication and adherence to treatment for stigmatizing diseases

Mariana Lopes Valadares de Moraes¹, Vitor Lopes Valadares de Moraes²,
Larissa Maria Melo Valadares³, Mateus Silva Santos⁴, Sáva Denise Silva
Carlotto Herrera⁵ Cláudia da Luz Carvelli⁶

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a influência da comunicação médico-paciente na adesão ao tratamento de doenças estigmatizantes, por meio de abordagem qualitativa realizada com pacientes e médicos em unidades de saúde de Paraíso do Tocantins. Os resultados evidenciaram predominância do sexo feminino entre os pacientes e destacaram que, embora todos relatem receber explicações médicas, há discrepância entre a oferta e a compreensão das informações, além de limitações na participação ativa durante as consultas. Observou-se ainda que fatores como orientação profissional, uso adequado da medicação, percepção de gravidade da doença e desejo de melhora clínica influenciam diretamente a adesão terapêutica. Entre os médicos, houve consenso quanto à relevância da comunicação, apesar da presença de barreiras associadas ao estigma, medo e dificuldades de compreensão. A adoção de estratégias como linguagem acessível, escuta ativa e maior tempo de consulta mostrou-se fundamental para qualificar o cuidado. Conclui-se que a adesão ao tratamento resulta da interação entre fatores objetivos e subjetivos, sendo essencial fortalecer a comunicação empática e centrada no paciente.

Palavras-chave: Comunicação médico-paciente. Adesão ao tratamento. Estigma social

saviaherrera@unirg.edu.br

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the influence of doctor-patient communication on adherence to the treatment of stigmatizing diseases, through a qualitative-quantitative approach carried out with patients and physicians in health units in Paraíso do Tocantins. The results showed a predominance of females among the patients and highlighted that, although all of them report receiving medical explanations, there is a discrepancy between the offer and understanding of the information, in addition to limitations in active participation during consultations. It was also observed that factors such as professional guidance, appropriate use of medication, perception of disease severity, and desire for clinical improvement directly influence therapeutic adherence. Among physicians, there was consensus regarding the relevance of communication, despite the presence of barriers associated with stigma, fear, and difficulties in understanding. The adoption of strategies such as accessible language, active listening, and longer consultation time proved to be fundamental to qualify care. It is concluded that adherence to treatment results from the interaction between objective and subjective factors, and it is essential to strengthen empathetic and patient-centered communication.

Keywords: Doctor-patient communication. Treatment adherence. Social stigma

¹ Graduanda do Curso de Medicina da Universidade de Gurupi (UNIRG), Campi de Paraíso do Tocantins.

E-mail:

mariana.l.moraes@unirg.edu.br

² Graduando do Curso de Medicina da Universidade de Gurupi (UNIRG), Campi de Paraíso do Tocantins.

E-mail:

vitor.l.moraes@unirg.edu.br

³ Graduanda do Curso de Medicina da Universidade de Gurupi (UNIRG), Campi de Paraíso do Tocantins.

E-mail:

larissamaria1516@gmail.com

⁴ Doutor em Medicina Tropical e Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade de Gurupi (UNIRG).

Email:

mateus.s.santos@unirg.edu.br

⁵ Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade de Gurupi (UNIRG).

Email:

saviaherrera@unirg.edu.br

⁶ Doutora em Desenvolvimento Regional. Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Social (PPGES) e do Curso de Graduação em Ciências Contábeis da Universidade de Gurupi (UnirG).

Email:

claudiacarvelli@unirg.edu.br

1. INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é uma interação indispensável que afeta diretamente a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. A adesão ao tratamento resulta de um trabalho conjunto entre as partes envolvidas na consulta, no qual ambos precisam estar em sintonia para que o sucesso terapêutico seja alcançado (Oliveira, 2004). A partir do momento em que o paciente compreende a sua situação e realiza o seguimento das orientações médicas, a adesão torna-se evidente (Drotar, 2000; Miller, 1997). Pesquisas apontam que os desafios enfrentados pelos pacientes ultrapassam questões técnicas e encontram na comunicação deficitária o seu maior problema (Spinsanti, 1999; Ley, 1988).

A comunicação adequada destaca-se como o principal meio de promoção da adesão ao tratamento por parte do paciente, sendo em vista que tal recurso envolve a transmissão de informações, a tomada de decisões e a capacidade de influência de processos fisiológicos do corpo humano (Ruesch & Bateson, 1987). Quando se trata de pacientes com doenças estigmatizantes como hanseníase, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e patologias dermatológicas, o estabelecimento de um vínculo de confiança entre o clínico e o enfermo mostra-se ainda mais importante. A discriminação por parte de amigos, familiares e pessoas próximas ao paciente, pode desencadear danos à saúde psicológica do indivíduo (Turam, 2017; Rzeszutek, 2021). No caso específico dos pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) é crucial. Para prevenir a progressão da doença para AIDS, é necessário que a adesão ao tratamento seja superior a 95%. O medo de que o diagnóstico seja violado em termos de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde faz com que muitas pessoas evitem realizar o teste de HIV.

Além disso, o estigma dificulta que essas pessoas compartilhem seu status sorológico, o que compromete diretamente o seguimento do tratamento. Esse impacto reflete-se não apenas na saúde do indivíduo, mas também na transmissão da doença. Por outro lado, dentro das doenças Cutâneas Estigmatizantes Graves (DSGE), a hanseníase pertence a um subgrupo de doenças de pele pertencentes às Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), que afetam predominantemente populações rurais e de baixa renda. Em escala global, mais de 1,1 bilhão de pessoas foram acometidas por DTN em mais de 55 países (OMS, 2016). As manifestações clínicas da hanseníase, se caracterizam por manifestações cutâneas associadas a incapacidades físicas permanentes, problemas de saúde mental e forte estigmatização social (Chandler, 2018). Uma abordagem humanizada

e uma interlocução e confortante entre o médico e o doente, tende a diminuir os impactos desses estigmas e fornecer suporte psicológico nessas condições. Há muito tempo a pele possui grande importância do ponto de vista psicológico, influenciando de maneira bastante peculiar a vida emocional do homem. Pode haver consequências adversas, que incluem distúrbios psíquicos e psicossociais, após a ocorrência de deformidades causadas por este tipo de câncer (Holfeld, 1990).

Desse modo, este estudo tem como objetivo principal avaliar a influência da comunicação entre médico e paciente na adesão ao tratamento em doenças estigmatizantes, reconhecendo obstáculos e táticas que fomentem um atendimento mais eficaz e humanizado.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é caracterizado como exploratório, descritivo com uma abordagem qualitativa. O processo de seleção ocorreu nas dependências da Policlínica João Coelho de Azevedo e Unidade Básica de Saúde (UBS) Araci Parente (comumente chamada de SESPE), ambas localizadas no município de Paraíso do Tocantins, Tocantins. O estudo ocorreu entre os meses de março e agosto de 2025, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade de Gurupi (UnirG), sob número de parecer 7.533.727.

A aplicação do instrumento de coleta de dados ocorreu através de um questionário semi-estruturado para os médicos responsáveis por diagnosticar doenças estigmatizantes, além da realização de uma entrevista (com roteiro determinado) com pacientes acometidos. Quanto as doenças estigmatizantes, optou-se por selecionar três (03): hanseníase, AIDS e câncer de pele. A escolha se deu pela relevância regional e quantitativo necessário para uma amostragem significativa.

Critérios de elegibilidade

Quanto aos médicos

Foram incluídos no estudo: Profissionais com vínculo formal declarado, atuantes em alguma das unidades selecionadas e descritas no estudo e que sejam responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes diagnosticados com alguma das doenças estigmatizantes. Foram excluídos profissionais que trabalhavam a maior parte da sua carga

de trabalho em regime de plantonista, que não apresentavam experiência mínima de atuação profissional (06 meses) e que não realizaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos pacientes

Foram incluídos: pacientes com maior idade penal (acima dos 18 anos), ambos os gêneros e etnias, que aceitem, mediante assinatura do TCLE, participar do presente estudo e que realizam seu tratamento em Paraíso do Tocantins e nos locais de pesquisa descritos. Foram excluídos da pesquisa, pacientes sem residência fixa na cidade de Paraíso do Tocantins ou que não eram acompanhados pelos profissionais médicos alocados nas unidades de saúde selecionadas para o estudo.

Instrumento de coleta

A primeira etapa ocorreu mediante aplicação de um questionário semi-estruturado de caráter quantitativo aplicado aos médicos. O instrumento continha 12 questões objetivas que visavam analisar variáveis como: perfil dos médicos, tempo de serviço, especialidade e comunicação médico-paciente.

Na segunda etapa ocorreu a realização de uma entrevista com um roteiro flexível conforme recomendações de Patton (1990). Foi preservado itens padrões para permitir a comparação entre as respostas das diversas entrevistas. As entrevistas foram realizadas em dois locais: (01) Na própria residência do indivíduo, conforme sua disponibilidade, respeitando as fragilidades e particularidades do participante. (2) Na Universidade de Gurupi (UnirG) Campus: Paraíso do Tocantins, Sala Psico-on (com apoio psicológico). O segundo local descrito é caracterizado por ser um local confortável, climatizado e restrito, garantindo ao sujeito da pesquisa um ambiente seguro. As entrevistas foram caracterizadas com uma abordagem qualitativa e divididas em três blocos: (01) conversar sobre a doença, (02) falar sobre o tratamento e (03) relação com o médico, ao final foi disponibilizado um último momento para os participantes poderem expressar alguma consideração. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos e foram gravadas utilizando um gravador de áudio para serem transcritas integralmente.

Análise de dados

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados segundo abordagem quantitativa e qualitativa. As variáveis sociodemográficas e as respostas objetivas dos pacientes e médicos foram submetidas à análise descritiva, com apresentação em frequências absolutas e relativas, por meio de tabelas e figuras. As respostas não informadas foram mantidas na análise descritiva como categoria própria, a fim de preservar a distribuição observada na amostra.

Para as análises inferenciais, as variáveis categóricas foram dicotomizadas quando necessário. Entre os pacientes, avaliou-se a associação entre participação ativa na consulta (plena vs. não plena) e suporte durante o tratamento (com apoio vs. sem apoio) por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, com complementação pelo teste exato de Fisher, em razão do pequeno tamanho amostral. Entre os médicos, investigou-se a associação entre número de estratégias comunicacionais empregadas e melhor adesão percebida por meio do teste exato de Fisher, com estimativa da razão de chances (odds ratio) e respectivo intervalo de confiança de 95%. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Adicionalmente, foi realizada análise de correlação de Spearman para verificar a relação entre o número de estratégias comunicacionais utilizadas pelos médicos e a avaliação da adesão terapêutica, considerando a natureza ordinal e não paramétrica das variáveis.

Os dados qualitativos provenientes das entrevistas com os médicos foram examinados por análise de conteúdo temática, com leitura exaustiva, codificação e agrupamento em categorias analíticas, especialmente barreiras comunicacionais e estratégias de promoção da adesão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização geral e percepção dos pacientes

Dos 20 pacientes avaliados, observou-se predominância do sexo feminino (60%) (Tabela 1). A análise das respostas evidenciou que a comunicação médico-paciente exerce papel central na adesão ao tratamento de doenças estigmatizantes. A maioria dos indivíduos (15/20; 75%) reconheceu a importância de conhecer adequadamente sua própria doença para o seguimento terapêutico, enquanto 5/20 (25%) relataram

desconhecimento ou não responderam à questão, indicando lacunas informacionais potencialmente relevantes para a adesão. A tabela 1 demonstra que, embora todos os participantes relatem receber explicações médicas, há discrepância relevante entre oferta e compreensão da informação (15%), sugerindo falhas na comunicação efetiva. Adicionalmente, 25% dos indivíduos apresentam lacunas no conhecimento sobre a própria doença, fator potencialmente associado à baixa adesão terapêutica. Estudos já apontam que a qualidade da interação estabelecida durante a consulta influencia diretamente a confiança, o vínculo terapêutico e a continuidade do cuidado (Oliveira; Gomes, 2004; Bins; Bins; Santos, 2025).

Tabela 1. Características sociodemográficas e percepção dos pacientes (n=20)

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	12	60
Masculino	8	40
Conhecimento sobre a doença		
Reconhecem a importância	15	75
Desconhecem / não responderam	5	25
Recebem explicações médicas		
Sim	20	100
Compreensão das orientações		
Compreensão plena	17	85
Compreensão parcial / não responderam	3	15

No que concerne à participação ativa na consulta, 10/20 pacientes (50%) relataram sentir-se plenamente à vontade para realizar questionamentos, enquanto 5/20 (25%) o fazem apenas em determinadas situações e 5/20 (25%) não responderam. Esses dados sugerem a existência de barreiras comunicacionais possivelmente relacionadas à insegurança, vergonha ou receio de julgamento.

Quanto ao suporte durante o tratamento, observou-se que 8/20 (40%) realizam os procedimentos de forma isolada, 7/20 (35%) contam com apoio direto de familiares ou profissionais, e 5/20 (25%) não especificaram. A ausência de rede de apoio formal ou informal pode representar fator de vulnerabilidade para descontinuidade terapêutica. Apesar dessas limitações, a maioria dos pacientes (15/20; 75%) declarou não desejar mudanças na relação estabelecida com o médico, indicando percepção globalmente positiva do vínculo terapêutico. Mediante os dados, através da análise inferencial foi

realizada uma associação entre Participação ativa (Plena X Não plena) e Suporte (Com apoio X sem apoio) pelos testes de Qui-Quadrado, com complementação pelo teste exato de Fisher (ideal para amostras pequenas), onde $p \approx 1,00$. O resultado demonstra que não há associação estatisticamente significativa entre participação ativa e suporte. Isso sugere que, nesta amostra, o fato de ter apoio não influenciou significativamente a participação ativa na consulta.

Estudos demonstram que a simples transmissão de informação não garante entendimento efetivo nem engajamento terapêutico, sendo necessária comunicação clara, empática e adaptada ao contexto sociocultural do paciente (Defante et al., 2024; Oliveira; Gomes, 2004). A ausência de associação estatisticamente significativa entre compreensão do conteúdo e liberdade para realizar perguntas sugere que o entendimento técnico da informação não assegura, necessariamente, participação ativa no processo de cuidado. Esse achado reforça evidências de que barreiras emocionais e socioculturais, como insegurança, medo de julgamento e estigma internalizado, podem interferir de forma independente na dinâmica da consulta, limitando o diálogo mesmo quando a informação é compreendida (Defante et al., 2024).

Fatores associados à adesão segundo os pacientes

Os fatores determinantes para o seguimento terapêutico evidenciam a centralidade da comunicação clínica e do manejo medicamentoso, ambos com igual frequência entre os participantes, enquanto os demais elementos apresentaram menor representatividade (Figura 1). Esses achados reforçam o papel estruturante da orientação profissional na condução do tratamento.

No que se refere à manutenção da adesão, observa-se predominância de fatores relacionados à percepção de benefício e gravidade da condição, com destaque para o desejo de melhora clínica e o impacto do sofrimento associado (Figura 2). Tais aspectos sugerem que a adesão terapêutica é fortemente modulada por fatores subjetivos, especialmente aqueles vinculados à expectativa de desfecho e à percepção de risco.

Em conjunto, os resultados indicam que tantos determinantes objetivos (orientação e uso correto da terapêutica) quanto fatores subjetivos (motivação e percepção da doença) atuam de forma complementar na adesão ao tratamento.

Esses achados estão em consonância com estudos que demonstram que a adesão terapêutica é influenciada tanto por fatores relacionados ao manejo clínico quanto pela

percepção individual da doença, incluindo sua gravidade e impacto na vida do paciente (Pereira; Lanza; Viegas, 2019). Dessa forma, reforça-se que a integração entre orientação profissional qualificada e fatores subjetivos é essencial para o sucesso terapêutico.

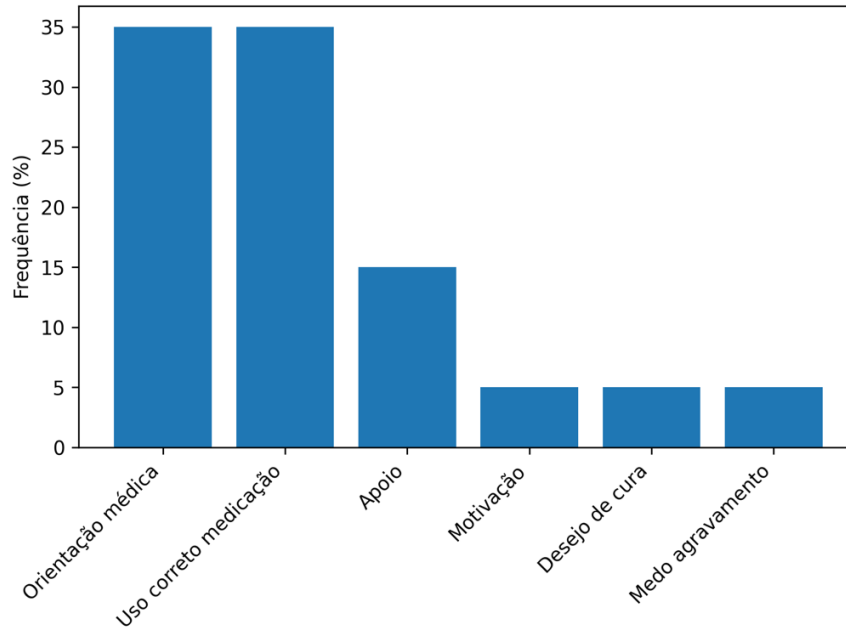


Figura 1. Determinantes do seguimento terapêutico

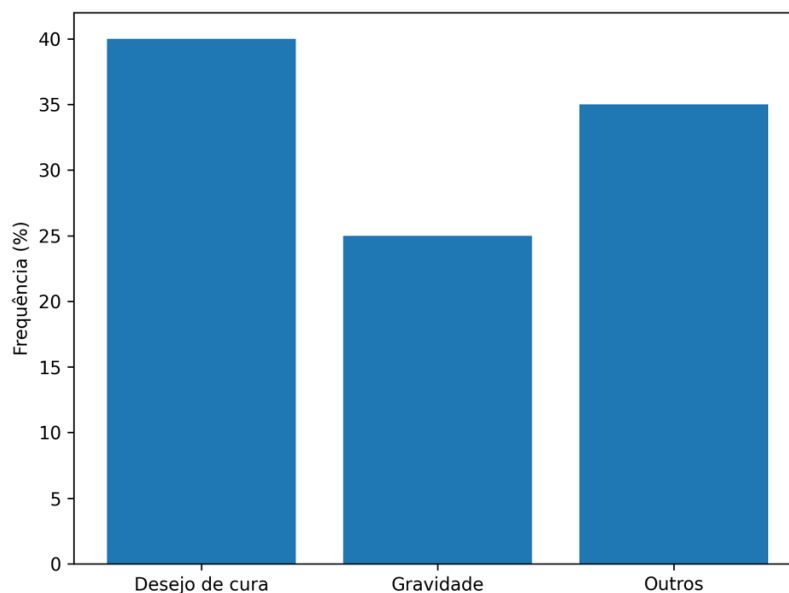


Figura 2. Motivos de adesão ao tratamento

Caracterização da percepção dos médicos

A análise dos dados evidencia que a comunicação médico-paciente é amplamente reconhecida como elemento central para a adesão terapêutica, embora 80% dos profissionais identifiquem barreiras comunicacionais relevantes. A categorização qualitativa das entrevistas permitiu identificar três fatores principais associados a essas dificuldades: limitação na compreensão da doença, aspectos emocionais (medo/vergonha) e estigma social, reforçando a complexidade multidimensional do processo comunicacional.

No âmbito das estratégias, observou-se predomínio do uso de linguagem acessível e escuta ativa, enquanto recursos tecnológicos foram menos frequentes (30%). A análise inferencial demonstrou tendência de associação entre maior número de estratégias empregadas e melhor adesão relatada (Teste exato de Fisher, $p=0,10$), embora sem significância estatística, possivelmente devido ao reduzido tamanho amostral.

Esses achados estão em consonância com estudos que evidenciam a influência direta da comunicação na adesão terapêutica, bem como a presença de barreiras relacionadas ao estigma e fatores emocionais (Ramalho et al., 2024; Oliveira & Gomes, 2004). Além disso, estratégias como linguagem acessível e escuta ativa são amplamente descritas como fundamentais para qualificar o cuidado (Claros, 2025).

A utilização de linguagem simples, práticas de educação em saúde e ampliação do tempo de consulta constituem recursos descritos na literatura como fundamentais para qualificar a relação médico-paciente e reduzir os impactos de falhas comunicacionais (Defante et al., 2024; Bins; Bins; Santos, 2025). Tais estratégias reforçam o entendimento de que a comunicação eficaz não se restringe à transmissão de conteúdo técnico, mas envolve sensibilidade, escuta ativa e construção de vínculo terapêutico. Observou-se ainda uma tendência de associação entre o atendimento a doenças estigmatizantes e a adoção de estratégias comunicacionais adicionais, como educação intensiva e maior tempo de consulta.

Adicionalmente, a estimativa de razão de chances indicou que profissionais que utilizam múltiplas estratégias apresentam maior probabilidade de obter melhor adesão ($OR=15,0$; $IC95\% 0,66-339,57$), apesar da ampla variabilidade. A análise de correlação de Spearman revelou associação positiva moderada ($p\approx 0,52$), sugerindo que o aumento do repertório comunicacional pode impactar favoravelmente os desfechos clínicos. Esses achados reforçam a necessidade de intervenções estruturadas voltadas à qualificação da comunicação clínica, especialmente em contextos marcados pelo estigma.

Assim, os dados indicam que intervenções voltadas exclusivamente para o aumento do conhecimento técnico podem ser insuficientes, sendo imprescindível considerar aspectos emocionais, socioculturais e relacionais no planejamento das ações em saúde.

Portanto, os achados reforçam que a comunicação médico-paciente, quando pautada na empatia, no acolhimento e na adaptação às singularidades do paciente, pode atuar como ferramenta estratégica para reduzir o impacto do estigma e favorecer a adesão ao tratamento. A ampliação do tempo de consulta, o fortalecimento da escuta ativa e o estímulo à participação do paciente emergem como elementos essenciais para a qualificação do cuidado, especialmente em contextos marcados por doenças estigmatizantes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que a comunicação médico-paciente desempenha papel fundamental na adesão ao tratamento de doenças estigmatizantes, sendo reconhecida como determinante tanto pelos pacientes quanto pelos médicos. Embora a maioria dos pacientes relate receber explicações sobre sua condição clínica e demonstre compreensão das orientações, persistem barreiras relacionadas à participação ativa na consulta, ao sentimento de segurança para questionar e ao impacto do estigma sobre o processo comunicacional.

Ainda assim, as tendências observadas indicam que fatores como conhecimento sobre a doença, motivação pessoal, apoio social e estratégias comunicacionais adotadas pelos profissionais influenciam de maneira integrada a adesão terapêutica. Esses achados reforçam que a adesão não é resultado de um único fator isolado, mas de um conjunto de elementos informacionais, emocionais e socioculturais.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, a identificação de barreiras comunicacionais associadas ao estigma, ao medo e à dificuldade de compreensão do paciente ressalta a complexidade do cuidado em doenças estigmatizantes. A adoção de estratégias como linguagem simples, educação em saúde e consultas mais longas demonstra esforço dos médicos em minimizar esses obstáculos e promover maior engajamento do paciente no tratamento. Contudo, a menor utilização de recursos complementares, como grupos de apoio e maior envolvimento familiar, aponta para oportunidades de aprimoramento das práticas assistenciais.

Conclui-se, portanto, que o fortalecimento da comunicação médico-paciente, fundamentado na empatia, na escuta qualificada e na adaptação às condições socioculturais dos indivíduos, é essencial para reduzir o impacto do estigma e favorecer a adesão ao tratamento. Investimentos em estratégias comunicacionais mais abrangentes e centradas no paciente podem contribuir significativamente para a melhoria dos desfechos terapêuticos e para a qualificação do cuidado em saúde, especialmente em contextos marcados por doenças estigmatizantes.

REFERÊNCIAS

- BINS, T. B.; BINS, R. B.; SANTOS, A. C. S. D. O impacto da comunicação na relação médico-paciente e suas repercussões. In: **Ciência, cuidado e saúde: contextualizando saberes**. v. 5. [S.l.]: Editora Científica Digital, 2025. p. 462-471.
- CHANDLER, D.; FULLER, L. The Skin—A Common Pathway for Integrating Diagnosis and Management of NTDs. **Tropical Medicine and Infectious Diseases**. 2018.
- CLAROS, Camila Pinheiro. A influência da comunicação médico-paciente na qualidade do atendimento e adesão ao tratamento na atenção primária à saúde. **Ciências da Saúde**. v. 29, ed. 152, nov. 2025.
- DEFANTE, M. L. R. et al. Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 48, n. 1, 2024.
- DROTAR, D. (Org.). **Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts, methods, and interventions**. Nova York: Lawrence Erlbaum, 2000.
- HOLFELD, K. I. et al. A psychosocial assessment of patients with basal cell carcinoma. **The Journal of Dermatologic Surgery and Oncology**. v. 16, n. 8, p. 750-753, 1990.
- LEY, P. **Communication with patients: improving satisfaction and compliance**. London: Croom Helm, 1988.
- MACEDO, M. R. C. et al. Barreiras e facilitadores para comunicação efetiva entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Advances in Nursing and Health**. v. 6, p. 1-14, 2024. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/anh/article/view/47858>.
- MILLER, N. H. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. **The American Journal of medicine**. v. 102, n. 2A, p. 43-48, 1997.
- OLIVEIRA, V. Z. D.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia (Natal)**. Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

PEREIRA, N. P. A.; LANZA, F. M.; VIEGAS, S. M. F. Living under treatment for Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus: feelings and behaviors. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n. 1, p. 102-110, 2019.

RUESCH, J.; BATESON, G. **Communication: the social matrix of psychiatry**. Nova York: W.W. Norton, 1987.

RZESZUTEK, M. et al. Estigma do HIV/AIDS e bem-estar psicológico: revisão sistemática e meta-análise. **European Journal of Psychotraumatology**. v. 12, n. 1, 2021.

TURAN, B. et al. Como o estigma afeta pessoas vivendo com HIV. **AIDS and Behavior**. v. 21, n. 1, p. 283-291, 2017.