



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAROLINA DA SILVA BULÇÃO

LETRAMENTO EM SAÚDE CENTRADO NO AUTOMANEJO DA AIDS EM HOMENS
HOSPITALIZADOS: ESTUDO MISTO

SALVADOR

2025

CAROLINA DA SILVA BULCÃO

**LETRAMENTO EM SAÚDE CENTRADO NO AUTOMANEJO DO HIV/AIDS EM
HOMENS HOSPITALIZADOS: ESTUDO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientador: Prof. Dr. ° Anderson Reis de Sousa.

Coorientador: Prof. Dr. ° Rafael Lima Rodrigues de Carvalho

SALVADOR

2025

B933 Bulcão, Carolina da Silva

Letramento em saúde centrado no automanejo da AIDS em homens hospitalizados: estudo misto/Carolina da Silva Bulcão. – Salvador, 2025.
156 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Anderson Reis de Souza; Coorientador: Prof. Dr. Rafael Lima Rodrigues de Carvalho.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2025.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde do homem. 2. HIV. 3. Letramento em saúde. 4. Automanejo. 5. Aids. I. Souza, Anderson Reis de. II. Carvalho, Rafael Lima Rodrigues de. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 616.98

CAROLINA DA SILVA BULCÃO

**LETRAMENTO EM SAÚDE CENTRADO NO AUTOMANEJO DA AIDS EM
HOMENS HOSPITALIZADOS: ESTUDO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 31 de janeiro de 2025

BANCA EXAMINADORA

Anderson Reis de Sousa (Orientador) 


Doutor em Enfermagem e Saúde Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

Claudio Claudino da Silva Filho (Membro externo) 

Doutor em Enfermagem. Coordenador Adjunto de Cultura

Lilian Conceição Guimarães de Almeida (Membro interno) 

Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Nilo Manoel Pereira Vieira Barreto (Suplente) 

Doutor em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (ICS-UFBA).

AGRADECIMENTOS

Ao professor e Doutor Anderson Reis de Sousa, pela orientação, paciência e oportunidade.

Aos nobres colegas enfermeiros do Hospital Universitário Professor Edgard Santos: Mestre Leonardo Correia Santana Decânio, pela sinalização sobre pós-graduação, Dra. Carla Cristina Oliveira de Jesus Lima pelas dúvidas tiradas sobre o que era o programa de pós graduação e mestrandia Luzinete dos Santos Oliveira Miranda pela escuta e parceria nessa caminhada.

Ao meu grande tesouro: meus filhos (Rafael Davi Bulcão Freire e Elisa Bulcão Freire), meu combustível diário para não desistir e querer ser exemplo para vocês. Vocês dois são a força que mantém a minha coragem de sempre seguir em frente, independente das circunstâncias.

A minha rede de apoio: minha psicóloga Cristina Rezende, a psicóloga de meu filho Manuela Fahel, aos profissionais que cuidam e cuidaram da minha filha, na Clínica de Desenvolvimento Humano (Tias Jéssica Barboza, Juliana Fabian, Larissa Souza, Paula Magalhães, Liliane Lacerda, Beatriz Costa e Anayran Souza), aos profissionais da Escola Lápis de Cor (escola dos meus filhos), pela compreensão e ajuda quando deixei faltar algum dever ou trabalho de escola e Dona Edivânia Aquino da Silva, que sempre cuidou dos meus filhos com muito carinho e responsabilidade enquanto eu trabalhava e estudava.

À amiga, Raysa Ferreira Cabral, pela torcida, em breve estaremos comemorando mais uma vitória, a sua formatura em medicina.

Dedico esse trabalho ao meu saudoso pai, David Guimarães Bulcão, que sempre me falava que o estudo, trabalho e honestidade seria o meu caminho para vencer. Como foi difícil perdê-lo justamente nesse período.

E sobre eu ter conseguido chegar até aqui: Sempre foi Deus

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”. "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

RESUMO

BULCÃO, Carolina da Silva. **Letramento em saúde centrado no automanejo da aids em homens hospitalizados**: estudo misto. Dissertação. Universidade Federal da Bahia. 2025. 156f.

Ressalta-se que a compreensão acerca do Letramento em Saúde (LS) poderá ser contributiva para que os homens que vivem com HIV/aids desenvolvam melhores condições de automanejo da doença, uma vez que trata-se de uma estratégia que promove maior compreensão dos indivíduos sobre a sua condição de saúde, de forma a direcionar para a adesão ao tratamento e capacitação para a tomada de decisões acerca do cuidado com a saúde. Assim, objetivou-se analisar o LS centrado no automanejo da aids em homens hospitalizados, sendo, especificamente, determinar o grau de LS dos homens hospitalizados em decorrência da aids, por meio dos domínios das escalas 2, 3, 4, 6 e 9 do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ); compreender e estabelecer uma conexão entre o LS e os desfechos de saúde de homens com aids, no contexto hospitalar; propor a aplicação de um manual para profissionais de saúde, que foque e direcione a educação permanente para o público masculino no âmbito hospitalar. Para tal, foi desenvolvido um estudo de método misto, paralelo e convergente. A pesquisa foi realizada nas dependências de um hospital universitário em Salvador, no estado da Bahia. Participaram do estudo 22 homens, que receberam ou já conviviam com o diagnóstico de HIV. Além disso, foram utilizados dados primários (entrevista) e secundários (prontuário) colhidos pelos pesquisadores. Foram utilizadas 5 escalas, totalizando 24 questões fechadas, sendo que as informações quantitativas e qualitativas foram combinadas por meio da estratégia de triangulação concomitante, a fim de identificar pontos de convergência, discrepâncias e possíveis complementações entre os achados, sendo utilizadas medidas de tendência central e de variabilidade, para as variáveis contínuas e frequências absolutas para as variáveis categóricas. Os estudos qualitativos passaram pela submissão da análise temática de Braun e Clarke. A pesquisa respeitou os aspectos éticos. Durante a hospitalização, 59,1% dos participantes vivenciaram mais de 10 dias de internamento hospitalar em razão do acometimento da aids, 54,5% tinham mais de um ano de diagnóstico de HIV e 45,4% haviam recebido o diagnóstico recentemente. Em relação à condição clínica durante o internamento hospitalar quanto à mobilidade, 13,6% apresentavam dificuldade para locomoção (acamados ou restritos ao leito), 95,4% dos participantes avaliaram o serviço hospitalar como sendo de ótimo a bom, a exposição de suas informações de saúde como sendo discreta por parte dos profissionais de saúde (81,8%), de fácil entendimento das informações repassadas durante o internamento (86,3%), tendo os profissionais médicos (59%) seguido dos profissionais da enfermagem (18,1%) com quem mais interagiram durante o internamento hospitalar. O estudo revelou que os homens hospitalizados por aids enfrentam uma combinação de desafios físicos, psicológicos e sociais que impactam profundamente sua saúde e qualidade de vida. A hospitalização geralmente ocorre devido a complicações relacionadas à imunossupressão severa, infecções oportunistas ou falhas no tratamento antirretroviral, refletindo fragilidades no acompanhamento contínuo e na adesão terapêutica. Com isso, emerge a necessidade de implementar o letramento e o autogerenciamento para promover alterações no estilo de vida e no aprimoramento da rede de apoio social.

Palavras-chaves: Saúde do homem; HIV; Aids; Letramento em saúde; Automanejo.

ABSTRACT

BULCÃO, A. C. S. Carolina da Silva. **Health literacy focused on self-management of AIDS in hospitalized men: a mixed study.** Dissertation. Federal University of Bahia. 2025. 156f.

Understanding the Health Literacy (HL) could contribute to men living with HIV/AIDS developing better conditions for self-management of the disease, as it is a strategy that promotes greater understanding among individuals about their health condition, encouraging adherence to treatment and empowering them to make decisions about caring for their health. Thus, the objective was to analyze HL centered on AIDS self-management in hospitalized men, specifically determining the degree of LS of men hospitalized as a result of AIDS, through the domains of scales 2, 3, 4, 6 and 9 of the Health Literacy Questionnaire (HLQ); understand and establish a connection between LS and the health outcomes of men with AIDS, in the hospital context; propose the creation of a manual for health professionals, which prioritizes continuing education for men in the hospital environment. To this end, a mixed method, convergent parallel study was developed. The research was carried out on the premises of a university hospital in Salvador, in the state of Bahia. 22 men participated in the study, who had received or were already living with an HIV diagnosis. In addition, primary (interview) and secondary (medical records) data collected by the researchers were used. 5 scales were used, totaling 24 closed questions, and quantitative and qualitative information were combined through the concomitant triangulation strategy, in order to identify points of convergence, discrepancies and possible complements between the findings, using measures of central tendency and variability for continuous variables and absolute frequencies for categorical variables. The qualitative data was subjected to Braun and Clarke's thematic analysis. The research respected ethical aspects. During hospitalization, 59.1% of participants experienced more than 10 days of hospitalization due to AIDS, 54.5% had been diagnosed with HIV for more than a year and 45.4% had recently received the diagnosis. In relation to the clinical condition during hospital admission in terms of mobility, 13.6% had difficulty moving around (bed-ridden or restricted to bed), 95.4% of participants rated the hospital service as being excellent to good, the display of their health information as being discreet on the part of health professionals (81.8%), easy to understand the information passed on during hospitalization (86.3%), with medical professionals (59%) followed by nursing professionals (18.1%) with the most interacted during their hospital stay. The study revealed that men hospitalized for AIDS face a combination of physical, psychological and social challenges that profoundly impact their health and quality of life. Hospitalization generally occurs due to complications related to severe immunosuppression, opportunistic infections or failures in antiretroviral treatment, reflecting weaknesses in continuous monitoring and therapeutic adherence. With this, the need to implement health literacy in self-management emerges in order to promote lifestyle adjustments and improve the social support network.

Keywords: Men's health; HIV; AIDS; Health literacy; Self-management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo conceitual integrado de Letramento Funcional em Saúde. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.....	21
Figura 2 - Design de projeto convergente paralelo. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.	37
Figura 3 - Health Literacy Questionnaire (HLQ), versão brasileira. Salvador,	42
Figura 4 - Fases da Análise de Conteúdo Temático Reflexiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.	48
Figura 5 - Processo de formação dos códigos potenciais. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.	56

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Roteiro da Entrevista da etapa QUAN. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.....	44
Quadro 2 - Roteiro da Entrevista da etapa QUAL. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.	45
Quadro 3 - Códigos e segmentos iniciais do processo de codificação. Salvador,.....	52
Quadro 4 - Tematização reflexiva dos dados. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.....	68
Quadro 5 - Tematização Reflexiva dos dados. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.	87

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AMN	Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto
APS	Atenção Primária à Saúde
CPPHO	Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HLQ	Health Literacy Questionnaire
HSB	Homens que fazem Sexo com Homens
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LS	Letramento em Saúde
LSF	Letramento Funcional em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
POP	Protocolo Operacional Padrão
PVH	Pessoa Vivendo com HIV
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/aids
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TAIF	Teoria do Automanejo Individual e Familiar
TMA	Teoria de Médio Alcance
UGPIA	Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 LETRAMENTO EM SAÚDE: NECESSIDADES E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS	19
2.2 SAÚDE DE HOMENS NO CONTEXTO DA AIDS: ENTRE VULNERABILIDADES E OPORTUNIDADES DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E SAÚDE	25
2.3 TEORIA DO AUTOMANEJO INDIVIDUAL E FAMILIAR: POSSIBILIDADES PARA GUIAR A PRÁTICA CLÍNICA E EDUCATIVA JUNTO AOS HOMENS ACOMETIDOS PELA AIDS.....	31
3 METODOLOGIA	36
3.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	36
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO E PERÍODO DO ESTUDO.....	38
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
3.3.1 Caracterização da amostra.....	38
3.3.2 Critérios de inclusão.....	39
3.3.3 Critérios de exclusão e/ou de não inclusão.....	39
3.3.4 Cálculo amostral.....	40
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	40
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
3.5.1 Análise descritiva dos dados quantitativos	46
3.5.2 Análise qualitativa sob a ótica de Braun e Clarke.....	47
TEMA 1. OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES SUBTEMAS:	57
TEMA 2. REDE DE APOIO FAMILIAR, PROFISSIONAL E SOCIAL. SUBTEMAS:	57
TEMA 1. REDE DE APOIO FAMILIAR, PROFISSIONAL E SOCIAL.	58
TEMA 2. CENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/CUIDADO DE SAÚDE EM UNIDADES E PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS E NA TOMADA DA MEDICAÇÃO.	58
TEMA 1. LIMITAÇÕES RELACIONADAS AO LETRAMENTO EM SAÚDE PARA O AUTOMANEJO DA AIDS EM HOMENS HOSPITALIZADOS.	58
SUBTEMA 2 - CENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/CUIDADO DE SAÚDE EM UNIDADES E PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS E NA TOMADA DE MEDICAÇÃO.	58

TEMA 2. IMPACTOS POSITIVOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	59
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	59
4 RESULTADOS	60
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	60
4.2 ATRIBUTOS QUANTITATIVOS	60
4.3 ATRIBUTOS QUALITATIVOS.....	68
4.4 INTEGRAÇÃO DOS DADOS.....	92
4.4.1 Convergências.....	92
4.4.2 Divergências.....	94
5 DISCUSSÃO	99
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	109
6 CONCLUSÃO.....	111
REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	121
APÊNDICE B - Instrumentos de coleta de dados - homens adultos	125
ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (01)	135
ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (02)	148

1 INTRODUÇÃO

Em linhas gerais, o avanço dos recursos terapêuticos proporcionou às Pessoas que Vivem com HIV/aids (PVHA) uma melhor perspectiva e qualidade de vida. Em contrapartida, a fase aguda da infecção pelo vírus HIV ocorre nas primeiras semanas, e o indivíduo, nesse período, passa a ter um potencial intensamente infectante, devido à alta carga viral no organismo (Duarte *et al.*, 2023).

Ressalta-se que, após a fase aguda (com cerca de nove semanas) do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a fase de latência é estabelecida. Esta, está relacionada diretamente com a potencialidade de transmissão dependente da carga viral, sendo variável conforme cada organismo. A partir daí, com o passar dos anos e conforme o estilo de vida do indivíduo, tem-se uma relação direta entre o aumento da carga viral e a diminuição dos níveis das células CD4+, propiciando o surgimento de infecções oportunistas e acarretando a necessidade de internação (Melhuish; Lewthwaite, 2022).

Diante dessas condições, ao considerar o cenário mundial atual, em 2023, 39,9 milhões de pessoas viviam com HIV. Dessas, 1,3 milhão correspondem a novas infecções e 630 mil morreram de doenças relacionadas à aids (Unaid, 2023). Nesse ínterim, quanto ao contexto epidemiológico do HIV no Brasil demonstra que entre 2007 e junho de 2024, foram registrados 541.759 casos de infecção. Desse total, 382.946 casos (70,7%) foram registrados em homens e 158.626 (29,3%) em mulheres, o que demonstra um aumento progressivo de casos entre os homens ao longo do tempo (Brasil, 2024). Nesse mesmo intervalo temporal, a distribuição regional revela o predomínio dos casos na região Sudeste (41,0%), seguida pelas regiões Nordeste (21,9%), Sul (18,7%), Norte (10,42%)

e Centro-Oeste (8%) (Brasil, 2024).

Após uma redução nas notificações de HIV devido ao impacto da pandemia de Covid-19, registou-se um aumento de 2,5% entre 2022 e 2023, alcançando novamente os níveis observados no período pré-pandêmico. Em 2023, a taxa de detecção foi de 17,8 casos para cada 100 mil habitantes. Concomitante a esse cenário, entre 2007 e junho de 2024, a categoria predominante de exposição ao HIV entre homens foi por meio de relações entre homens que fazem sexo com homens (HSH), dentre eles homossexuais e bissexuais, correspondendo a 52,8% dos casos. Para homens com idade de 40 anos ou mais, a prática heterossexual é a predominante (Brasil, 2024).

Em 2023, 23,8% dos casos mostravam a escolaridade ignorada, o que dificultou as análises. Entre os casos com dados disponíveis, 37,1% possuíam ensino médio completo e 22,2%

o ensino superior completo ou não. A proporção das pessoas possuintes do ensino superior foi em um quantitativo maior entre homens do que entre mulheres (Brasil, 2023). Até 2015, a maioria dos casos de HIV no Brasil ocorria entre pessoas brancas, mas, desde 2016, houve um aumento significativo entre pardos e pretos, que passaram a representar a maioria das ocorrências. Em 2023, 63,2% dos casos eram de pessoas negras (49,7% pardos e 13,5% pretos), enquanto 30,7% eram brancos. Entre os homens, 62,9% dos casos foram em negros e 31,1% em brancos. (Brasil, 2023).

Arelado a isso, destaca-se que no período entre 2019 e 2023, foram registradas

127.078 hospitalizações relacionadas ao HIV/aids. Desse total de internações, 64,6% foram registradas em indivíduos do sexo masculino. Adicionalmente, nesses cinco anos, ocorreram 54.560 óbitos por aids, sendo que 36.988 (67,8%) foram entre indivíduos do sexo masculino, conforme consta no Sistema de Informação sobre morbimortalidade (Brasil, 2024).

Por meio dessas análises, é possível compreender que os indicadores relacionados às características individuais, sociodemográficas e comportamentais podem influenciar, de forma positiva ou negativa, o desfecho da doença, dependendo do indivíduo em questão (Ribeiro *et al.*, 2024).

Nesse ínterim, emerge a necessidade de novas abordagens como algo que vem sendo proposto por meio de estratégias que trabalham em alguns cenários de saúde o Letramento em Saúde (LS) como forma de promover uma maior compreensão dos indivíduo acerca da sua condição de saúde, incentivando a adesão ao tratamento e fomentar a capacitação desses indivíduos na tomada de decisões mais assertivas e autônomas em relação ao cuidado com sua saúde.

Dessa forma, destaca-se a importância do LS como uma estratégia educativa que fomenta o empoderamento do indivíduo acerca das informações em saúde e pode ser compreendido como a capacidade das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde, além de utilizar os serviços de saúde, fazendo julgamentos e tomando decisões relativas à promoção da saúde e prevenção e cuidado de doenças (Sorensen *et al.*, 2012).

O LS é a definição, dentre as três traduções mais utilizadas na literatura acadêmica nacional para health literacy, com o maior número de registros, principalmente a partir de 2017. Embora aproximadamente 40% dos estudos baseados no conceito de LS estejam relacionados ao controle de condições crônicas de saúde, identifica-se um crescimento considerável de estudos direcionados à promoção da saúde e repercutidos por uma visão avançada de saúde,

como: bem-estar físico e psíquico (Peres, 2023).

Assim, o LS é um conceito que vem se consolidando por sua abordagem multidimensional, que prioriza as habilidades de comunicação dos sistemas de saúde com a sociedade. Ele está relacionado a forma como a infraestrutura e as políticas de saúde, por exemplo, podem facilitar ou não a navegação, compreensão e uso das informações e dos serviços de saúde (Sorensen, 2019), e se faz como um determinante da saúde essencial, já que os baixos níveis de LS estão diretamente relacionados as taxas de reinternações hospitalares (Berkman *et al.*, 2011).

Diante desse cenário, acredita-se que a compreensão acerca do LS poderá ser contributiva para que os homens que vivem com HIV/aids desenvolvam melhores condições de automanejo da doença. Isso, pelo fato de que tal prática estimula os indivíduos a adquirirem competências cognitivas e sociais que influenciam a motivação e a capacidade dos indivíduos de conseguir, compreender e utilizar informações para promover e preservar a sua saúde (Nutbeam, 1998).

Assim, no que concerne à oferta de cuidados efetivos às PVHIV, destaca-se a importância da qualidade do cuidado contínuo, com destaque para as ações educativas, principalmente aquelas desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Embora as intervenções que buscam melhorar o LS não possam por si só tirar as pessoas das condições desfavoráveis, elas podem amenizar os impactos entre a determinação social e as iniquidades em saúde, sendo o profissional de saúde capaz de desenvolver atividades em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, atuando na educação em saúde e promovendo o autocuidado, premissa necessária para o controle de doenças crônicas como o HIV (Silva *et al.*, 2022).

Para suscitar as práticas de automanejo por parte dos homens que vivem com HIV/aids, destaca-se a Teoria da Autogestão Individual e Familiar (TAIF) frequentemente utilizada em intervenções terapêuticas e programas de apoio para ajudar as pessoas a desenvolver suas habilidades de automanejo e promover o bem-estar individual e familiar. A TAIF baseia-se no pressuposto de que os indivíduos são capazes de gerir suas próprias vidas de forma autônoma, considerando que cada pessoa é dotada de recursos internos para lidar com seus problemas e desafios, e que a terapia deve se direcionar para a promoção desses recursos e a autonomia do indivíduo e da família (Ryan; Sawin, 2009).

A TAIF tem o intuito de fortalecer a capacidade de cada indivíduo para tomar decisões, resolver problemas e alcançar seus objetivos. Essa abordagem terapêutica é focada no cliente, com isso o profissional de saúde participa como um facilitador do processo de

autodescoberta e autogestão do cliente, ao invés de fornecer soluções previamente estabelecidas. Tal teoria também aborda a importância da família no processo terapêutico, uma vez que esta é vista como um sistema que exerce influência e, ao mesmo tempo, é influenciado pelo indivíduo. Assim, a terapia pode contar com o envolvimento de membros da família, conforme necessário, para promover mudanças positivas. Portanto, a TAIF estimula a capacidade das pessoas de serem agentes ativos em suas próprias vidas, promovendo o crescimento pessoal e o bem-estar tanto individualmente quanto familiar (Ryan; Sawin, 2009).

Dessa forma, é fundamental compreender o conhecimento da população, sobre doenças e infecções, e o LS pode contribuir com isso, uma vez que trata-se de uma ferramenta importante para subsidiar a elaboração de estratégias educativas que contribuem para potencializar o cuidado das pessoas com HIV/aids. Conhecer o LS de uma população, auxilia no planejamento de políticas públicas de educação em saúde e na construção de planos de cuidado individualizados e específicos. Assim, ressalta-se a importância do LS no contexto do HIV/aids, principalmente, diante da incipiência de produções, tanto na área de enfermagem quanto sobre o referencial de educação em saúde. Com isso, torna-se necessário o desenvolvimento de investigações nesses campos, considerando, especialmente, a meta de eliminação do HIV/aids até 2030 como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o campo da saúde pública (Almeida *et al.*, 2024).

Dessa forma, dadas as lacunas do conhecimento, acredita-se que o presente estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão do LS de homens com HIV/aids tendo em vista que este é grupo populacional com mais implicações relacionadas à doença. Com isso, espera-se fomentar o desenvolvimento de estratégias inovadoras de educação em saúde.

Diante do exposto, ressalta-se a relevância de propor o desenvolvimento de um manual sobre o LS e autogerenciamento da aids para homens, uma vez que ele possibilita aos profissionais que cuidam desses homens utilizem as estratégias apresentadas. Tal estratégia é importante, pois pode melhorar a comunicação e a compreensão dos homens sobre sua saúde e o manejo da doença, levando a melhores resultados de saúde e qualidade de vida. Além disso, essa explanação poderá envolver diversas intervenções sendo elas complexas e coordenadas, na tentativa de estimular os pacientes a adquirirem conhecimentos a respeito de seu problema de saúde e, conseqüentemente, ajudá-los a construir estratégias para lidar de maneira eficiente com suas limitações e estimular um enfrentamento positivo da doença (Balbi, 2021).

Além disso, essa abordagem poderá envolver intervenções múltiplas, complexas e coordenadas, na tentativa de estimular os pacientes a adquirirem conhecimentos a respeito de

seu problema de saúde e, conseqüentemente, ajudá-los a construir estratégias para lidar de maneira eficiente com suas limitações e estimular um enfrentamento positivo da doença (Balbi, 2021).

Em consonância com os dados apresentados e com a disposição do aparato bibliográfico exposto, ressalta-se a atuação e as inquietações da pesquisadora oriundas da sua prática profissional como enfermeira em um hospital universitário de Salvador, especificamente, no setor de clínica médica com especialidade para tratamento de doenças infectocontagiosas, o que possibilitou a observação do aumento do número de internamentos, readmissões, óbitos e transferências para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de homens acometidos por aids, quando comparados com o sexo feminino.

Diante dessa realidade profissional surgiu o interesse em desenvolver um estudo de métodos mistos, paralelo convergente, cuja questão norteadora indaga o seguinte: como se dá o Letramento em Saúde de homens adultos para o automanejo da aids no contexto da hospitalização?

Assim, o objetivo geral deste estudo é analisar o Letramento em Saúde centrado no automanejo da aids em homens hospitalizados. Para o alcançar do objetivo geral, o estudo prevê os objetivos específicos: determinar o grau de LS dos homens hospitalizados em decorrência da aids, por meio dos domínios das escalas 2, 3, 4, 6 e 9 do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ); compreender e estabelecer uma conexão entre o LS e os desfechos de saúde de homens com aids, no contexto hospitalar; propor a produção de um manual para profissionais de saúde, em que priorize e foque na educação permanente para o público masculino no âmbito hospitalar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 LETRAMENTO EM SAÚDE: NECESSIDADES E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS

Este capítulo versará sobre o LS a partir da ótica das necessidades e das contribuições que podem ser apresentadas para a melhoria da produção do cuidado à saúde dos homens. Nesse sentido, será apresentada uma contextualização histórica, evolucionista, em termos de produção do conhecimento científico, desenvolvimento técnico/tecnológico e as implicações para o atendimento das demandas e necessidades de saúde do público masculino.

Quando se trata do fenômeno letramento, este é um vocábulo traduzido para o português a partir da palavra inglesa *literacy*, definida pelos dicionários como *the condition of being literate* (condição de ser letrado) (Passamai *et al.*, 2012). O vocábulo foi inserido na Língua Portuguesa, no Brasil, por Mary Kato, em 1986 (Kleiman, 2008). A palavra *literacy* advém da palavra latina *littera* = letra; *cy*: sufixo = qualidade, condição, estado (Soares, 2006). Portanto, letramento pode ser conceituado como: “Resultado da ação de ensinar e aprender as práticas sociais de leitura e escrita”; “O estado ou condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de ter-se apropriado da escrita e de suas práticas sociais” (Soares, 2006, p.39).

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe o LS considerando as habilidades cognitivas e sociais, sendo essas determinantes da motivação e da capacidade dos indivíduos em ter acesso, compreender e utilizar as informações obtidas, como ferramenta de promoção e manutenção da saúde estabelecendo, portanto, que o LS não se restringe apenas à leitura de um panfleto e marcação de uma consulta, compreendendo o LS como sendo um determinante social da Saúde (WHO, 2008).

Dessa forma, o LS pode ser definido como um constructo polissêmico que se delinea no campo da Educação em Saúde, cujo recorte temático é constituído pela interseção de dois outros grandes campos de conhecimento: a Educação e a Saúde por onde possuem origem interdisciplinar. O primeiro campo é permeado pela convergência dos saberes oriundos da Linguística e da Pedagogia, que estão mais diretamente relacionadas aos processos de alfabetização e letramento, já no contexto da Saúde envolve os princípios da promoção da saúde, prevenção de doenças e empoderamento dos envolvidos (Passamai, *et al.*, 2013).

A transformação do campo de estudos e práticas sobre a *health literacy*, a partir dos anos 1990, pode ser dividida em três momentos distintos. O primeiro momento, caracteriza-se pela presença dos estudos pioneiros sobre *health literacy*, especialmente em países como os Estados Unidos, a Austrália e em alguns países da Europa, focados nas habilidades e competências que os indivíduos utilizavam para a leitura e compreensão de informações sobre saúde, em particular no que diz respeito à sua dimensão funcional (saber ler, escrever, operar números, etc.) (Okan, 2019).

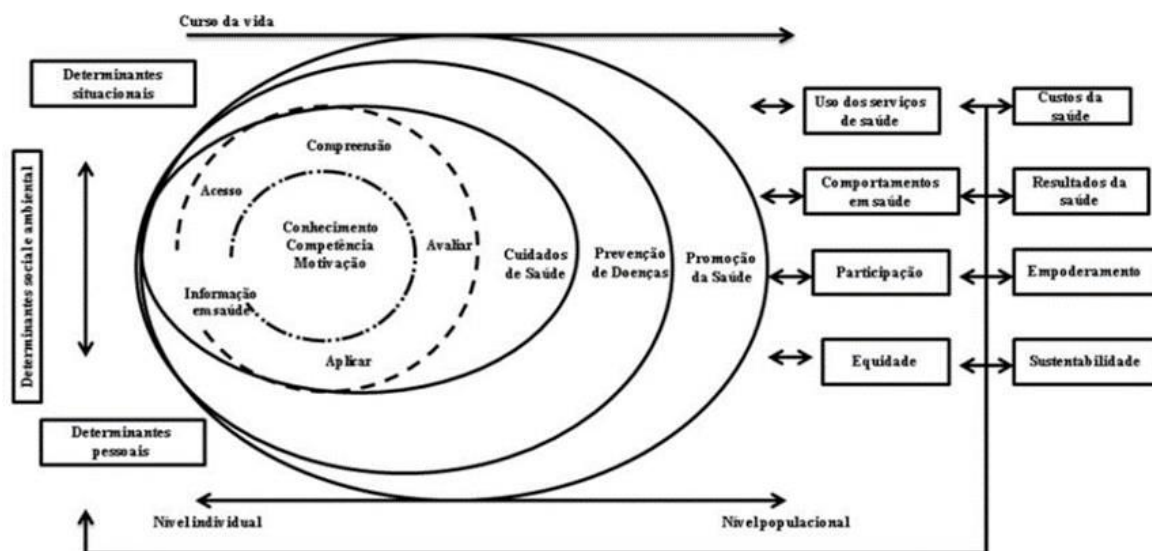
No momento seguinte, estão situados os estudos que buscavam compreender como essas habilidades e competências interferiam nos resultados de saúde, quer fossem nas dimensões individuais quanto coletivas (comunitárias) e, com este propósito, instrumentos de medida ou avaliação dos níveis de *health literacy* começam a ser desenvolvidos, utilizados e validados em diversos segmentos populacionais, visando contribuir para a melhoria dos serviços, programas e políticas de saúde (Peres; Rodrigues; Silva, 2021). Por fim, nos Estados Unidos e na Europa, emergem os estudos direcionados para a compreensão da *health literacy* em uma perspectiva mais ampliada e avançada, para além da dimensão funcional, como um elemento-chave para a promoção da saúde (Okan, 2019; Sorensen, *et al.*, 2012).

Ademais, pode-se compreender que o LS refere-se diretamente à promoção da saúde, prevenção de danos e o grau em que cada indivíduo possui para obter, processar e entender informações básicas dos serviços de saúde. Tendo em vista que o uso desordenado dos serviços acarreta consequências ruins à saúde, efeitos adversos e o prevaletimento de doenças crônicas. A educação em saúde pode estimular e inspirar o processo de transformação das pessoas para terem acesso, compreensão e execução das informações a fim de tomar decisões corretas concernentes ao autocuidado e manter ou melhorar a qualidade de vida (Marques, Escarce, 2018).

A definição mais atual de Letramento Funcional em Saúde (LFS) foi proposta por Sorensen *et al.* (2012), após uma revisão sistemática sobre o tema, que capta as principais ideias e conceitos acerca do tema. O esquema, conforme demonstrado na figura 1, revela que o conhecimento, a motivação e a competência são o centro das quatro ideias principais: o acesso que possibilita o usuário buscar informações em saúde, a compreensão que é a habilidade de entender as informações, a avaliação que é a capacidade de tomar decisões sobre as informações e, por fim, a implementação dos informes para melhoria da saúde do usuário. Nesse esquema, o letramento atua na prevenção, na promoção e nos cuidados em saúde. Estudiosos em letramento o identificam como um recurso a ser utilizado na saúde pública (Pavlekovic, 2008; Wolf, 2010; Rootman, 2008; Ishikawa, 2009; *Australian Bureau of*

Statistics, 2008, Adams *et al.*, 2009; Freedman *et al.*, 2009).

Figura 1 - Modelo conceitual integrado de Letramento Funcional em Saúde. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.



Fonte: Sorensen *et al.* (2012).

Com isso, ressalta-se que o LFS pode ser concebido como um amálgama que une a rede constituída por uma complexidade de fenômenos. É dentro desse assunto que a *World Health Communication Association* (WHCA, 2010), faz uma abordagem no conceito e nas implicações do LFS para afirmar que o constructo depende de competências específicas para obter e processar as informações sobre saúde, bem como para as pessoas agirem de acordo com tais conhecimentos. Para tanto, são essências: a expertise da leitura básica, da escrita, numeramento, comunicação, o reconhecimento dos possíveis riscos, o senso crítico para avaliar as informações conflitantes e a tomada de decisões voltadas à saúde (WHCA, 2010).

Dessa forma, percebe-se que o uso de habilidades para o LS, como comunicação, abordagem e linguagem adequada, diálogo, escuta e empatia, tem relação com o cuidado na perspectiva do SUS, enquanto a interação entre o profissional e o usuário do SUS instiga o gerenciamento do cuidado integral. Este adquire e utiliza conhecimento e informação para promover sua saúde e prevenir doenças, por meio de mudanças de hábitos de vida, controle de doenças e redução de riscos e agravos à saúde. Tal lógica de cuidado vai ao encontro dos princípios, diretrizes e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), que buscam reduzir as disparidades em saúde e melhorar os indicadores e a qualidade de vida da população (Martins, Silveira, Abreu, 2022).

O LS tomado no contexto da promoção da saúde é aquele em que as competências cognitivas e sociais das pessoas dão a elas condições de terem acesso, compreenderem e utilizarem as informações para promoverem e manterem uma boa saúde (Nutbeam, 2000). Dito isto, não trata-se de uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, devendo ser realizada nas escolas, lares, locais de trabalho e demais espaços comunitários. Deve ser desenvolvido por organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e por instituições governamentais, visando fortalecer o poder das comunidades, além de desenvolver as habilidades pessoais por meio da educação quanto à saúde, de maneira que a população tenha o controle e o conhecimento sobre sua saúde (Brasil, 2002).

Ademais, destaca-se que o cuidado em saúde no SUS busca uma assistência integral ao ser humano, de acordo com suas necessidades e especificidades. Isso ocorre principalmente por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças, com vistas a estimular a autonomia dos usuários do SUS e impactar os determinantes e condicionantes de saúde, contribuindo para a melhoria da situação de saúde das coletividades (Brasil, 1990).

No contexto da saúde do homem, há na literatura, especialmente brasileira, uma série histórica que revela um diagnóstico de adesão insuficiente da população masculina aos serviços de saúde. Tal cenário revela uma associação com uma cultura de gênero de masculinidade hegemônica e uma compreensão de que o homem não adoece, o que resulta na construção de identidades de gênero em que o masculino potencializa determinados atributos como: ser agressivo, forte, racional, provedor, dominador, sexualmente ilimitado, e opõe-se à sensibilidade e cuidado, inclusive, o da sua própria saúde (Silva *et al.*, 2020).

Como consequência danosa dessa construção masculinista, observam-se barreiras aos cuidados de promoção e prevenção à saúde, com elevação significativa nos índices de morbimortalidade revelados mediante mortes precoces dos homens, principalmente por causas externas (acidentes e violências) e por doenças cardiovasculares (Brasil, 2018). Além disso, há a busca reduzida pelos serviços de saúde, por limitação de tempo e, principalmente, pela autopercepção de ser infalível física e mentalmente. Tais fatores foram mobilizadores na formulação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (Brasil, 2008).

Com isso, ressalta-se que o objetivo primordial é transformar o usuário em personagem principal do próprio autocuidado. Nessa condição, a promoção da saúde tem a função de melhorar o conhecimento relacionado ao autocuidado e à adesão dos usuários aos serviços de saúde, contribuindo para uma melhor comunicação entre o profissional e o usuário (Lustosa *et al.*, 2021).

Dada a importância do LS, diversos instrumentos foram desenvolvidos ao longo do tempo, a fim de considerar as especificidades e dimensões a serem avaliadas. Assim, há uma diversidade de instrumentos como, por exemplo, o *The Health Literacy Questionnaire* (HQL); *Information and Support for Health Actions Questionnaire* (ISHA- Q); o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM); o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA); *European Health Literacy Questionnaire* (HLS-EU- Q); e o *Health Literacy Assessment Tool* (HLAT-8) (Araújo, 2022).

Dentre esse leque de instrumentos, ressalta-se o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), desenvolvido por uma equipe de pesquisadores liderados por Richard Osborne, professor da Deakin University, localizada na Austrália. Trata-se de um dos sucintos instrumentos relacionados ao LS que calculam as dimensões funcional, comunicativa e crítica. Ao longo do seu desenvolvimento, o HLQ passou por rigorosos processos de validação e adaptação cultural, sendo hoje extremamente reconhecido e utilizado internacionalmente. O HLQ é uma ferramenta amplamente empregada para avaliar o LS, validada em mais de 15 idiomas, inclusive em português, revelando excelentes resultados nas análises de validade e confiança (Maindal *et al.*, 2016; Nolte *et al.*, 2017).

O HLQ foi desenvolvido baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da definição de letramento, e concatenado ao método o “*validity-oriented approach*” que se baseia no princípio de que a validade de construtos necessita ser a principal preocupação de todas as atividades de desenvolvimento de instrumentos e de todas as aplicações propostas (Buchbinder *et al.*, 2011).

Dessa forma, o processo de validação e adaptação para o português brasileiro contou com adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas. Ao final do estudo, foi possível verificar que o HLQ-Br apresentou concordância com a versão original e características psicométricas adequadas, podendo ser utilizado para avaliar o grau de LS da população brasileira em ambientes clínicos, educacionais e de pesquisa, bem como auxiliar os gestores no processo de tomada de decisões nas questões relacionadas à saúde (Moraes *et al.*, 2021).

Destaca-se a intercessão entre as linhas da produção do cuidado e a da pedagogia que vão da atividade de pesquisa, a fomentação de conceitos inovadores e diversas práticas educacionais, até sua base coletiva ou individual das práticas cuidadoras - os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Com isso, ressalta-se a ideia de educar, produzir sujeitos capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde. O objetivo das propostas é organizar a ação direcionando-a para mudanças organizacionais, técnico- assistenciais e nas relações

dentro da equipe, como também na maneira de acolher e se responsabilizar pelo usuário. Provocar mudanças em algum sentido é o que guia o esforço pedagógico que se deve empreender atualmente (Franco, 2007).

Neste sentido, a incorporação do LS pelos profissionais de saúde, organizações, serviços e sistemas de saúde torna-se imprescindível, a fim de que os homens possam ampliar e fortalecer as competências e habilidades para lidar com o acesso às informações em saúde e utilizá-las a seu favor, contribuindo para melhoria na gestão do cuidado em saúde. Assim, para o desenvolvimento do LS da população é de extrema importância a qualificação da interação entre profissionais de saúde, sistema de saúde e usuários. Portanto, além das ações de educação em saúde dos usuários, é fundamental inserir o LS no contexto da formação e da educação permanente dos profissionais de saúde, porque apesar da característica interdisciplinar deste tema e da sua importância para o sucesso das intervenções, este permanece um assunto pouco conhecido e discutido na formação e atuação dos profissionais (Marques; Lemos, 2018).

A nível de política pública em saúde, é relevante apontar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) prevê competências para a união, estados e municípios, com o enfoque na definição de estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores (as) e Gestores (as) do SUS, voltadas para a PNAISH. Destarte, promover ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a Política, é fundamental, e, portanto, há necessidade de atenção para o LS como estratégia para qualificar os trabalhadores e gestores em saúde no atendimento ao público masculino nos serviços (Brasil, 2021).

Com isso, torna-se de extrema valia considerar que, existe a necessidade de superar os desafios apresentados mas, não obstante, promover a efetivação da PNAISH e a promoção da saúde dos homens que incluem repensar as práticas convencionais de cuidado, outrora ainda medicalizantes, restritas ao ambiente interno das unidades e serviços tradicionais de saúde. Nesse sentido, a política constitui-se como meio capaz de promover a visibilidade e promover encontros que sejam afetivos, efetivos e transformadores para os indivíduos, sejam eles quem forem ou independente de onde estiverem (Sousa *et al.*, 2021).

Dessa forma, destaca-se a importância do profissional de enfermagem em intervir a fim de promover o autocuidado, pois ele tem em seu escopo o dever de propiciar uma relação humanizada com o paciente, de forma que ocorra uma troca de experiências, de feedbacks, não se restringindo apenas a um ato informativo e de baixo aproveitamento. Essas medidas objetivam o desenvolvimento da autonomia e a corresponsabilidade no cuidado. Elas não só

devem ser estimuladas, mas reavaliadas e ajustadas, caso haja inadequação na forma como está sendo entendido ou conduzido o autogerenciamento da saúde (Junior *et al.*, 2021)

Nessa direção, destaca-se a preocupação de determinadas áreas da saúde, como a exemplo da Enfermagem, com a melhoria do LS populacional, investindo na formulação de uma linguagem padronizada, traduzida por Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem focados no LS. Essas etapas do Processo de Enfermagem fazem parte dos elementos essenciais da prática do profissional de enfermagem. No contexto de PVHA, alguns diagnósticos se destacam, por exemplo, proteção ineficaz, conhecimento deficiente, falta de adesão e disfunção sexual (Silva *et al.*, 2018).

A inclusão recente do LS na Nanda Internacional (NANDA-I) destaca a relevância e a necessidade de abordar aspectos teóricos e práticos sobre a temática, substancialmente, sob a ótica da ciência da Enfermagem. Desse modo, teorizar sobre a temática em questão impulsiona a consolidação de um arcabouço de conhecimento para fortalecer a enfermagem enquanto disciplina e ciência, além de fornecer limites para atuação profissional com base nos preceitos éticos e orientadores da prática profissional (Silva, 2022).

Assim, ao refletir sobre as questões de sexualidade é imprescindível abordar aspectos relacionados ao LS, uma vez que o processo de tomada de decisão acerca das questões de saúde está profundamente relacionado ao conhecimento que o indivíduo dispõe sobre determinado assunto e como suas escolhas refletem na sua condição de saúde seja de forma individual ou coletiva. Ao analisar a assistência prestada a homens que vivem com HIV e que se encontram em situação de adoecimento, surge a necessidade de refletir sobre a oferta de cuidados para além da assistência profissional restrita ao tratamento, sendo fundamental oferecer estratégias e ferramentas que promovam o empoderamento e o automanejo da sua condição clínica.

2.2 SAÚDE DE HOMENS NO CONTEXTO DA AIDS: ENTRE VULNERABILIDADES E OPORTUNIDADES DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E SAÚDE

Este capítulo busca apresentar um debate acerca da saúde de homens no contexto do acometimento pela aids, refletindo sobre os aspectos relacionados às vulnerabilidades, bem como sobre as oportunidades encontradas a fim de que haja intervenções eficazes de serem empregadas na prática profissional em Enfermagem e Saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) emerge a partir de uma intenção da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) no início da década de 2000. Com isso, o Ministério da Saúde responde à expectativa da SBU buscando a mediação a partir de uma leitura mais abrangente de saúde, buscando interlocutores na Saúde Coletiva e áreas afins, aproximando o tema do debate de gênero e masculinidade (Hemmi, Baptista, Rezende, 2020).

No processo de elaboração da referida política a participação dos atores ocorreu de forma fragmentada, sem diálogo ou troca, com afastamento de seus agentes entre si. Assim, em 2009, quando a política foi finalmente editada, apresentada como texto, o resultado da negociação foram discursos contraditórios e híbridos sobre a saúde do homem. Um texto com ênfase em determinado tipo de homem, os heterossexuais, restringindo outras possibilidades de leitura do homem, como os homens transgêneros/transsexuais, transmasculinos e homoafetivos, dentre outros. No entanto, apesar da força do discurso médico, outras vozes foram participantes, ainda que de forma limitada e precária. Parecia que a tentativa da Política Nacional de Saúde do Homem foi mediar diferentes visões, com pequenas concessões, mas sem romper com a supremacia do saber biomédico e com todos os seus interesses (Hemmi, Baptista, Rezende, 2020).

A PNAISH reconhece os determinantes sociais da vulnerabilidade dos homens às doenças, destacando que a adesão insuficiente da população masculina aos serviços de saúde expõe estereótipos de gênero consolidados a partir de características culturais, que normatizam certo tipo de masculinidade consideradas como hegemônica, obedecendo a uma ordem simbólica na qual a doença revela a fragilidade do corpo e, por extensão, do seu portador. Contudo, a elaboração da PNAISH foi considerada um marco para a discussão da saúde masculina, além das ações programáticas estabelecidas para promover a inserção dos homens nos serviços e seus focos e prioridades no processo saúde-doença-atenção (Separavich, Canesqui, 2013).

Um dos aspectos que devem ser considerados nesse contexto, está relacionado à masculinidade tóxica que promove a cultura do homem forte, provedor, que não adoece, no qual a doença é tida como um sinal de fraqueza. Contudo, a transformação dessa cultura perpassa pelo reconhecimento de que o homem não é naturalmente avesso ao cuidar e sim moldado socialmente, sendo necessário apresentar e praticar uma educação na infância fundamentada nos valores e modelos de cuidado (Rodrigues *et al.*, 2023).

Nesse contexto, destaca-se que os aspectos relacionados ao gênero estão fortemente associados a um marcador que posiciona os indivíduos nas relações de poder e é conformado

em associação com marcadores de classe e raça/etnia, operando mecanismo que delimitam experiências particulares de adoecimento e cuidado em saúde, bem como de acesso a recursos de saúde e de uso de serviços. Percebe-se que a interseccionalidade tem ganhado espaço nos estudos em saúde coletiva; gênero, geração, raça/etnia e classe estão sendo consideradas por oferecer amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica neste campo, podendo se somar para a compreensão de mecanismos que delimitam experiências particulares de adoecimento e cuidado em saúde, bem como de acesso a recursos de saúde e de uso de serviços (Couto, Dantas, 2016).

Outro ponto de destaque na PNAISH, é em relação à vulnerabilidade juvenil diante das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e aids, que conjuntamente ao desenvolvimento de medidas que informem os jovens acerca de sua vulnerabilidade a essas doenças, deve garantir o acesso em larga escala aos métodos preventivos e contraceptivos, visto que a incidência das IST, da aids e da concepção não planejada vem aumentando sensivelmente neste grupo jovem (Separavich, Canesqui, 2013).

Dessa forma, a iniciação sexual se configura como um momento em que os jovens são pressionados socialmente por seus pares a provar que são realmente "homens", ocorrendo cada vez mais cedo, o que os leva a descuidos na realização do sexo seguro, com agravos à saúde decorrentes das IST e aids. No entanto, outros significados são atribuídos por vários sujeitos ao início da experiência sexual, tais como o marco de uma etapa da vida, o despertar do desejo pelo sexo oposto ou do mesmo sexo, enfim, sentidos que relativizam os valores atribuídos a uma masculinidade hegemônica e que expressam a sensibilidade masculina. Medos, anseios e inseguranças compõem este período da vida dos jovens, e devem ser ouvidos para poder ser promovida efetivamente a educação em saúde deste grupo geracional (Separavich, Canesqui, 2013).

Contudo, ao considerar que a população-alvo da PNAISH compreende os homens adultos na faixa de 25 a 59 anos, aqueles com 60 anos ou mais, considerados idosos pelo estatuto legal, não constituem um grupo prioritário para as estratégias e ações definidas nesta política. Eles são mencionados apenas como “sujeitos de direitos sexuais” ou como um grupo que gera demandas aos serviços de saúde por não adotar práticas de prevenção aos agravos ao longo da vida. No que se refere às IST/aids, a PNAISH enfatiza a atenção à saúde sexual e reprodutiva; a prevenção, em especial a infecção pelo HIV, por meio da interface com a área técnica das IST/aids; e a oferta do preservativo masculino como uma estratégia para ampliar a dupla proteção da gravidez não programada e das IST/aids (Borboza, 2012).

Assim, ao considerar que após 13 anos de implantação da PNAISH no Brasil ainda

existem hiatos nesse acesso e acolhimento aos homens, isso suscita uma agenda educativa e de formação profissional permanente que abrange as múltiplas necessidades e demandas em saúde (Kroeff, Gavillon, Ramm, 2020).

Ademais, ao considerar os aspectos relacionados ao cenário epidemiológico de HIV/aids na população masculina, ressalta-se que em comparação com mulheres, existem 740 mil homens a mais com o vírus que sequer são conhecedores da sua condição, além de 1,3 milhão a mais de pacientes homens que não recebem tratamento. O Programa Conjunto da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre HIV/aids (UNAIDS) revela que as metas de testagem e de tratamento para mulheres acima de 15 anos foram praticamente todas alcançadas em 2020. Porém, uma parcela expressiva de homens que têm o vírus ficaram de fora. Em 2019, ocorreram menos casos de novas infecções por HIV em todo o mundo entre mulheres e meninas. A proporção é de 48% do total de infecções, se comparada aos 52% de homens e meninos. Nesse grupo, o número de novas infecções tem caído mais rapidamente por ano, tendo atingido 27% desde 2010. Entre homens e meninos a queda foi de 18% (WHO, 2022).

Contudo, a pandemia do HIV permanece afetando as “populações-chave” mais do que a população em geral. Em comparação com adultos da população em geral (com idade entre 15 e 49 anos), há uma tendência de aumento na prevalência de casos em HSH, passando de 12,1% em 2009 para 18,4% em 2016 (Kerr *et al.*, 2018), indicando o aumento da vulnerabilidade dessa população que engloba aspectos estruturais, biológicos e comportamentais que agem de forma conjunta e sinérgica aumentando as chances de infecção do HIV. Assim, é possível compreender que as questões de vulnerabilidade individual, social e programática são imbricadas e estão presentes nas distintas práticas de saúde. No caso dos HSH, envolve questões relacionadas à receptividade do diagnóstico, o medo da revelação, os aspectos psicológicos do viver com HIV, a relação com a sexualidade/estigma/discriminação social e a postura pouco acolhedora e intolerante de alguns profissionais de saúde. Associado a esse contexto, tem-se os diversos marcadores sociais que os HSH carregam para além do HIV, favorecendo uma maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, dificuldade para o cuidado da saúde (Pereira *et al.*, 2022).

Mesmo diante dos avanços terapêuticos, os pacientes ainda convivem com diversos prejuízos em segmentos de suas vidas, tais como, déficit na qualidade de vida, dificuldades em relacionamentos pessoais, deficiência da adesão correta ao tratamento, efeitos colaterais das medicações, surgimento de doenças oportunistas, estigmatização da sociedade, além da fragilidade na relação de confiança estabelecida com a equipe de saúde que acompanham o

tratamento (Fernandes *et al.*, 2017).

Diante do exposto, sabe-se que a evolução da aids acarreta mudanças na rotina de vida e, mediante a necessidade de hospitalização, é preponderante que o profissional de saúde conheça os principais acometimentos, considerando as condições sociais, o perfil clínico e os motivos inerentes à internação dessas pessoas, a fim de melhor planejar o cuidado, aliando as competências teórico-práticas. Embora possa ser apresentada uma matriz teórica acerca da realidade, evidencia-se que cada ser cuidado possui uma especificidade, sendo importante o olhar singular, corresponsável e humano para a efetiva concretização das ações implementadas e alcance dos objetivos (Zepeda *et al.*, 2019).

Investimentos na produção do cuidado à saúde dos homens vêm sendo feitos no Brasil, contudo, há carências na promoção do LS, principalmente, se considerarmos o público masculino afetado pelas desigualdades e vulnerabilidades sociais em saúde, a exemplo dos homens que vivem em comunidades periféricas, em locais de difícil acesso, com dificuldades de uso da Internet, ou até mesmo, aqueles com condições crônicas e/ou adoecimento crônico, tais como a aids, que demandem atenção integral e navegação constante nos sistemas de saúde.

Assim, o LS, como base conceitual para a promoção da saúde, configura-se como uma estratégia efetiva de cuidado à saúde de PVHIV. A sua adoção como política pública pode contribuir para o empoderamento, autocuidado e ampliação do acesso aos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2022).

O LS está relacionado à promoção da saúde, uma vez que quando se apresenta insuficiente, conclui o colaborando para o uso inadequado dos serviços e consequentemente leva a resultados ruins na saúde. Dessa forma, compreende-se que educação em saúde pode aguçar o potencial da população, além de inspirar o seu processo de transformação, fomentar o reconhecimento dos fatores que determinam a saúde e provocar a percepção holística do ambiente e da coletividade ao qual estão inseridos, desvelando o empoderamento coletivo e crítico-social (Panelli *et al.*, 2020; Silva, 2020)

Como parte integrante da equipe de saúde, a enfermagem tem entre suas principais finalidades o cuidado, que envolve desde a assistência, passando pelo acolhimento até a readaptação do indivíduo no ambiente. As práticas e a capacitação profissional de enfermagem são essenciais para desenvolver a confiança do paciente quanto ao tratamento e atendimento ao indivíduo de forma integral e humanizada. Não se trata apenas do reconhecimento das necessidades físicas dos pacientes, mas saber reconhecer aspectos psicossociais, individuais, vulnerabilidades e, a partir disso, elaborar estratégias para uma

assistência de qualidade (Saviato; Leão, 2016).

Diante desse cenário, destaca-se os cuidados desempenhados pelos enfermeiros, pois têm como foco a implementação do cuidado. A gerência do cuidado de enfermagem às PVHA envolve diversas dimensões como física, psíquica, social e espiritual, embasado em um trabalho ético e resiliente da equipe de enfermagem. Conhecer e compreender as condições psicossociais relacionadas às PVHA é fundamental na configuração da adesão terapêutica, tais como informações e conhecimentos adquiridos pelo portador e sua família, atitudes, sentimentos e crenças sobre a doença e o tratamento, autoestima e suporte social, para além dos parâmetros biológicos clássicos. As repercussões da adesão medicamentosa recaem sobre a maior sobrevivência, que, não obstante, deve ser acompanhada de suporte social e familiar, para seu efetivo curso (Zepeda *et al.*, 2019).

Dessa forma, o LFS também é considerado como um dos fatores que implica competências (conhecimentos) tanto para compreensão textual como para numeramento, ou entre a associação deles. Com isso, o inadequado LFS pode acarretar inúmeras consequências para a saúde dos indivíduos, sobretudo quando não pensadas enquanto ação/intervenção (Santos *et al.*, 2015). Ademais, alguns estudiosos ressaltam que entre as principais repercussões tem-se a elevação dos custos nos cuidados de saúde; redução ou falso conhecimento sobre as doenças e tratamentos; menor capacidade de autogestão da saúde; reduzida competência para cuidar das pessoas em condições crônicas; erros de medicação; incapacidade para lidar com sucesso nos sistemas de cuidados de saúde e utilização de serviços de saúde de forma inapropriada (Mancuso, 2009).

Assim, como forma de melhor compreender esse complexo conjunto de atributos, existe a proposta de Nutebeam (2000), na qual a estratificação do campo do letramento em três tipos: letramento básico ou funcional (que requer as habilidades básicas de leitura e escrita); letramento comunicativo/interativo (trata-se das habilidades cognitivas e letramento mais avançado) e o crítico (que requer habilidades cognitivas mais avançadas juntamente com as sociais, que são capazes de ser aplicadas criticamente em diversas situações na vida).

Entretanto, percebe-se que as questões relacionadas à saúde do homem ainda perpassam por inúmeros entraves e quando envolve aspectos relacionados à sexualidades, os entraves são potencializados. Assim, a perspectiva educativa que envolve o LS pode ser compreendida como uma estratégia potente para proporcionar uma melhor compreensão da condição de saúde e de adoecimento da população masculina, sendo uma ferramenta capaz de proporcionar avanços no campo da promoção da saúde e do cuidado.

2.3 TEORIA DO AUTOMANEJO INDIVIDUAL E FAMILIAR: POSSIBILIDADES PARA GUIAR A PRÁTICA CLÍNICA E EDUCATIVA JUNTO AOS HOMENS ACOMETIDOS PELA AIDS

Este capítulo busca explicar sobre o automanejo, em especial, sobre a Teoria do Automanejo Individual e Familiar (TAIF) que fornecerá o subsídio teórico para um melhor entendimento dos aspectos relacionados ao cuidado de homens que vivem com HIV/aids, com ênfase nas questões relacionadas ao letramento em saúde.

A Teoria do Automanejo Individual e Familiar foi desenvolvida por Kate Lorig, uma pesquisadora e professora emérita da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford, Califórnia, em meados da década de 1970. Ela é uma renomada especialista em educação em saúde e tem liderado pesquisas sobre autogestão de doenças crônicas e promoção da saúde por várias décadas, como o Programa de Autogerenciamento de Doenças Crônicas (*Chronic Disease Self-Management Program* - CDSMP), baseado nos princípios da Teoria do Automanejo Individual e Familiar. Seu trabalho tem contribuído significativamente para a compreensão e promoção do papel ativo dos indivíduos e de suas famílias na gestão da saúde e na prevenção de doenças (Ryan; Sawin, 2009).

Dessa forma, o CDSMP sustenta-se no desenvolvimento de cinco competências para viver com a doença crônica. É baseado a partir da resolução de problemas, sendo uma das competências primordiais da autogestão. O programa é orientado para a clarificação do problema, identificação de hipóteses de resolução, soluções para implementação e avaliação dos resultados. Outra competência essencial para o programa é a tomada de decisão, relacionada com as decisões e mudanças que a pessoa vai ter que fazer por ter um adoecimento crônico. Sendo que para chegar a decisão se faz necessário dispor de informação suficiente e adequada, pois esta constitui a base da educação para a autogestão (Lorig; Holman, 2003).

Já a terceira competência trata-se da identificação e utilização dos recursos, enquanto a quarta consiste em ajudar as pessoas a estabelecer uma parceria com os profissionais de saúde. O desenvolvimento desta competência é essencial para que a pessoa consiga ter um papel ativo nas decisões informadas sobre a sua saúde, discuta opções e reporte às mudanças do seu estado de saúde. Finalmente a quinta competência desse programa diz respeito ao agir. Agir resulta da tomada de decisão, mas necessita de um plano a curto prazo, realista e com tarefas específicas face a um determinado comportamento que se pretende integrar ou mudar.

Deve ainda ser algo que a pessoa se sinta confiante de conseguir concretizar – percepção de autoeficácia (Lorig; Holman, 2003).

Desse modo, os estudos sobre as questões de avaliação das ações de promoção da saúde contam com a dedicação de diversos pesquisadores e estudiosos, entre eles, está Don Nutbeam, um pioneiro e relator de diversas Conferências Internacionais (Almeida, 2010). Em um de seus artigos, o autor destaca a discussão sobre essa temática e apresenta um modelo de Avaliação para a Promoção da Saúde, baseado em uma concepção socioambiental de saúde. Esse modelo pressupõe que para sensibilizar e preparar indivíduos e coletividades para participar de um processo de promoção da saúde são necessários três tipos de estratégias com objetivos diferentes: educação, facilitação e advocacia por políticas públicas saudáveis (Nutbeam, 1998).

Nesse modelo, a obtenção de resultados de promoção da saúde está intrinsecamente relacionada a fatores pessoais, sociais e estruturais que podem ser modificados para mudar os determinantes da saúde, ou seja, resultados intermediários de saúde. Essas conclusões também representam o objetivo imediato das atividades estruturadas de promoção da saúde (Nutbeam, 1998).

Dessa forma, no que diz respeito aos "Resultados de Letramento em Saúde" vale considerar as habilidades pessoais, cognitivas e sociais que faz parte da determinação da capacidade das pessoas em obter acesso, entender e usar informações para promover e manter um bom nível de saúde. Isso inclui resultados como conhecimento e compreensão aprimorados dos determinantes da saúde e atitudes e motivações alteradas em relação ao comportamento de saúde, bem como autoeficácia aprimorada acerca das atividades estabelecidas (Nutbeam, 2000).

No marco da TAIF, propõe-se que o automanejo tenha três dimensões: o contexto, o processo e os resultados, com fatores contextuais que influenciam o processo e os resultados das práticas de automanejo. Esta teoria também ampliou a especificidade dos processos para incluir os conhecimentos, as crenças, as aptidões, as capacidades de autorregulação, a facilitação social e também classificou os resultados em próximos e distais (Ryan; Sawin, 2009). O proximal está direcionado para o comportamento do automanejo da condição específica e no custo dos serviços de saúde. Enquanto o distal, por sua vez, no estado de saúde, na qualidade de vida ou bem-estar e nos custos dos serviços de saúde, tanto diretos como indiretos (Carrillo; Vergara, 2023).

Nesse sentido, os aspectos conceituais e teóricos do automanejo (componentes, processos e resultados) foram ampliados e evoluídos desde os anos anteriores, quando Corbin

e Strauss (1985) sinalizaram três conjuntos de atividades associadas ao termo quando se trata de uma doença crônica, a saber: a atenção médica, o manejo do comportamento e o manejo emocional. Posteriormente, estudiosos do campo da enfermagem descreveram amplamente cinco processos centrais do automanejo que consistem na capacidade de solucionar problemas, tomar decisões, utilizar recursos, associar-se com discussões sobre a atenção à saúde e atuar (Lorig; Holman, 2003).

Dessa forma, no que concerne aos aspectos relacionados à dimensão processual do automanejo é essencial considerar os conhecimentos e as crenças sobre autoeficácia, expectativa de resultados e congruência de metas; autorregulação, habilidades e destrezas em torno do ajuste de metas, automonitoramento e pensamento reflexivo, tomada de decisão, planejamento e ação, autoavaliação e controle emocional; facilitação social, que implica a influência, o apoio e a colaboração entre os indivíduos, as famílias e os profissionais da saúde (Carrillo; Vergara, 2023).

Quando aplicada de forma abrangente, a TAIF também considera o papel crucial da família no suporte emocional e prático, tornando-se uma abordagem holística que abrange tanto o indivíduo quanto seu entorno familiar. Na prática clínica, no contexto da aids, a teoria pode ser utilizada por meio de várias estratégias de educação, onde profissionais de saúde podem fornecer informações científicas sobre a doença, suas implicações e os métodos eficazes de controle. Isso inclui o uso correto de medicamentos antirretrovirais, a importância das consultas regulares e a prevenção de infecções oportunistas.

Ao considerar as questões de saúde e doença das PVHI, é essencial analisar algumas características como a escolaridade, uma vez que nos homens, em especial, a maior concentração de casos de aids ocorreu entre indivíduos com a 5ª a 8ª série incompleta (25,5%), embora essa faixa apresente uma tendência de redução dos casos ao longo dos anos. Contudo, se observa que os homens com aids demonstram um grau de instrução maior do que as mulheres. Além disso, a escolaridade reflete a situação econômica das pessoas, que por sua vez desempenham um papel importante na adesão medicamentosa das PVHA (Alencar *et al.*, 2019).

Viver com HIV/aids apresenta, na maioria das vezes, um comprometimento do funcionamento do organismo, causando um desvio de saúde que necessita que o próprio paciente seja agente ativo do autocuidado, uma vez que o HIV leva a uma doença crônica para a qual ainda não há cura. Associado a isso, tem-se o estigma que pode ter inúmeras repercussões na vida das PVHA e suas possíveis implicações, como que ao ocultar o diagnóstico faz com que indivíduo desempenhe menos autocuidado (Alencar *et al.*, 2019).

Assim, compreende-se que a TAIF trata-se de uma teoria de médio alcance que enfatiza a capacidade das pessoas de gerenciar sua própria saúde e bem-estar, bem como a de seus familiares. Esta teoria se baseia na ideia de que os indivíduos possuem a capacidade de tomar decisões informadas e eficazes sobre sua saúde e estilo de vida, bem como de influenciar positivamente o comportamento de saúde de seus familiares. Essa teoria reconhece que os indivíduos têm recursos internos e externos que podem ser mobilizados para promover a saúde, incluindo o conhecimento, as habilidades, a motivação e o apoio social. Ela também destaca a importância do autocuidado, da autogestão e da autonomia na promoção da saúde e na prevenção de doenças (Ryan; Sawin, 2009).

Dito isso, é possível considerar que a teoria é uma estratégia de fomento à promoção da saúde com ênfase no LS, uma vez que apresenta uma abordagem centrada na capacitação de indivíduos e suas famílias para gerenciar de forma eficaz as condições de saúde e doenças crônicas. No contexto da aids, essa teoria oferece uma estrutura avançada para orientar práticas clínicas e educativas que visam melhorar a qualidade de vida dos homens acometidos pela doença. Baseia-se na premissa de que os indivíduos podem desenvolver habilidades e conhecimentos necessários para controlar e monitorar

sua própria saúde. Este processo inclui a gestão dos sintomas, a adesão ao tratamento, a modificação a fim de suscitar um estilo de vida saudável.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2015), “o automanejo é um conjunto de tarefas que uma pessoa deve se comprometer a realizar para viver com uma ou mais condições crônicas”, e este pode ser ajustado/orientado para pacientes em diversos locais, desde que respeite o perfil de risco do paciente combinado com informações sobre comportamento, histórico familiar e convicções pessoais que se remetem às crenças desses pacientes. O processo educativo de compartilhamento de informações em saúde deve ser interativo, permitindo a discussão sobre opiniões e sentimentos dos pacientes, e respeitando-se a representação (sentido) que essa informação possa ter no universo sociocultural (crenças) desses (OPAS, 2015).

Considerando que a maioria das enfermidades crônicas está relacionada ao modo de vida, abordagens desenvolvidas centradas no automanejo, representam uma oportunidade de intervenção de maneira direta individualmente adaptadas para grupos populacionais e circunstâncias específicas, estabelecem estratégias para mitigar complicações de enfermidades tanto na atenção primária como na atenção secundária e terciária (Grady, Gouch, 2018).

Dessa forma, no processo educativo, deve-se levar em consideração o contexto social, familiar e ambiental do paciente quanto à assimilação e adoção das medidas de autocuidado e

automanejo necessárias para a manutenção de sua condição de saúde (Withlock *et al.*, 2002).

Assim, ressalta-se que o automanejo das condições de saúde e doença está intrinsecamente relacionado à promoção da saúde, uma vez que ao proporcionar aos indivíduos experiências educativas os mesmos se tornam sujeitos empoderados e capazes de gerenciar de forma participativa e autônoma o seu processo de cuidado.

3 METODOLOGIA

Optou-se por utilizar os preceitos dos métodos mistos para o desenvolvimento deste estudo por considerar que a realização de uma pesquisa de método misto possibilita identificar convergências e divergências entre dados quantitativos e qualitativos, colaborando para a produção de resultados que se complementam. A integração desses elementos gera benefícios para o pesquisador facilitando no profundo entendimento da governança da prática profissional em pesquisas realizadas no âmbito hospitalar (Santos *et al.*, 2017).

3.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Estudos de métodos mistos apresentam características distintas na coleta, análise e combinação de abordagens de pesquisas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. A perspectiva principal para a utilização desse método é de que a interação entre a pesquisa quantitativa e qualitativa fornece possibilidades de análises mais robustas (Creswell; Clark, 2013).

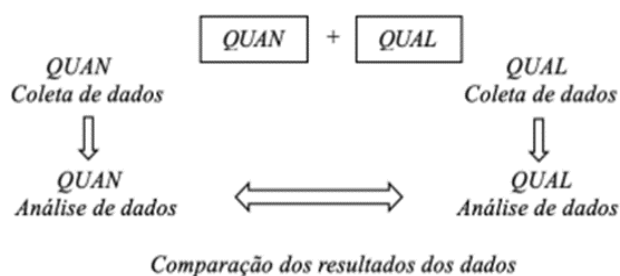
Para facilitar o entendimento das características do projeto de métodos mistos, um sistema de notação, utilizado por Morse (1991), foi ampliado e muito utilizado. Nesse tipo de estudo, são utilizadas abreviaturas com o objetivo de sinalizar a importância e o processo de um tipo de estudo de método misto. A nomenclatura “quan” indica os métodos quantitativos e a “qual” indica métodos qualitativos. “QUAN” e “QUAL”, em letra maiúscula, indica a importância de um ou ambos os métodos, isto é, o(s) método(s) priorizados são indicados em letras maiúsculas e o(s) método(s) secundários em letras minúsculas. O sinal de mais (+) indica que os estudos estão sendo realizados ao mesmo tempo, enquanto a seta (→) se refere ao uso sequencial dos dados (Morse, 1991).

Já Clark (2005) incluiu o uso de parênteses para mostrar que os métodos estão juntos em uma configuração maior. Nastasi e colaboradores (2007) adicionaram setas duplas (→←) para indicar que os métodos foram realizados de modo recursivo. Posteriormente, Morse e Niehaus (2009), recomendaram a utilização de colchetes ([

]) para diferenciar os projetos de métodos mistos em uma série de estudos e o sinal de igual (=) para indicar o propósito para a combinação dos métodos QUAN + QUAL = completar o entendimento dos métodos (Creswell *et al.*, 2007).

A etapa de produção de dados foi delineada com base na pesquisa de métodos mistos, utilizando-se a estratégia metodológica do projeto paralelo convergente (Creswell; Clark, 2018). Nesse sentido, considerando a proposição de Silva *et al.* (2022) ressalta-se que a coleta dos dados ocorreram de maneira simultânea, igualmente priorizados (QUAN + QUAL), mantidos independentes durante o processo de coleta e análise e integrados após as análises de cada um dos estudos separadamente (Creswell; Clark, 2017). Dessa forma, para o planejamento de uma pesquisa de métodos mistos, quatro aspectos principais foram ponderados para o desenvolvimento do estudo: distribuição temporal, atribuição de peso, combinação e teoria (Santos *et al.*, 2017).

Figura 2 - Design de projeto convergente paralelo. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.



Fonte: Adaptado de Cresweell *et al.* (2003).

No contexto do estudo sobre HIV/aids, a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa ofereceu uma compreensão mais ampla e profunda do fenômeno investigado. Cada abordagem teve seu valor e, quando usadas de forma complementar, proporcionam insights ricos e diversificados.

Assim, o presente estudo abordou a temática do LS através da mensuração do LS do grupo pesquisado por meio da análise proposta pelos autores do HLQ. Esse tipo de estudo de investigação quantitativa descreve numericamente o grau de letramento de um indivíduo, mas não incorpora as vozes dos participantes para descrever os significados que estão por trás dos diferentes tipos de comportamentos relacionados ao automanejo da doença por esses homens. Uma questão que surge então, é que os resultados quantitativos são insuficientes para descrever e explicar as experiências dos homens. Assim, surgiu a necessidade de desenvolver um entendimento completo coletando, também, dados qualitativos, a fim de apresentar uma visão integral do objetivo do estudo (Creswell *et al.*, 2003).

A escolha por essa abordagem também foi motivada pela possibilidade de realizar a coleta de dados de forma simultânea, considerando que o cenário do estudo é uma unidade de internação hospitalar, onde não é possível prever com exatidão os dias de internamento hospitalar e alta de cada paciente. Assim, a coleta das informações em um único momento ajudou a evitar perdas de amostra.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO E PERÍODO DO ESTUDO

As ações de pesquisa ocorreram nas dependências de um hospital universitário localizado na capital de Salvador no estado da Bahia, especificamente, na enfermaria de clínica médica com especialidade para tratamento de doenças infectocontagiosas. Além disso, a coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2024 a janeiro de 2025. O acesso ao campo foi realizado após a autorização da chefia e da aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

A unidade hospitalar em questão é órgão estruturante da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e filiado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), é uma unidade hospitalar e ambulatorial de ensino, pública, de grande porte, referência em média e alta complexidade no estado e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS)(Sociedade Brasileira de Pneumologia da Bahia, 2023).

A enfermaria de clínica médica conta com especialidade para tratamento de doenças infectocontagiosas. Os pacientes de ambos os sexos, são assistidos por uma equipe multidisciplinar composta por: enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, farmacêutico, médicos, psicóloga, terapeuta ocupacional, nutricionista e fisioterapeuta. A enfermaria dispõe de 19 leitos, sendo 6 para isolamento (respiratório ou contato). A maioria dos leitos são ocupados por pacientes que convivem com o vírus HIV, acometidos por doenças oportunistas.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

3.3.1 Caracterização da amostra

O estudo contou com a participação de 22 homens, que receberam ou já conviviam com o diagnóstico de HIV, ou seja, aqueles cujo diagnóstico versa sobre os Capítulos relacionados

infecção na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID - 10). Os participantes selecionados estavam hospitalizados na enfermaria de clínica médica com especialidade para tratamento de doenças infectocontagiosas de um hospital universitário de Salvador, Bahia. As admissões ocorreram de forma eletiva por meio de encaminhamentos através da central de regulação estadual ou por meio de unidades de saúde de cidades do interior do estado e ainda podem ocorrer após consulta agendada no ambulatório para acompanhamento, em carácter de urgência/emergência.

3.3.2 Critérios de inclusão

Foram considerados aptos a participar do estudo, indivíduos do sexo masculino, cisgêneros, com mais de 18 anos, internados na unidade de clínica médica, especializada para tratamento de doenças infectocontagiosas de um hospital universitário de Salvador, Bahia, e que no momento da coleta de dados estavam com boa condição neurológica e clínica. Os indivíduos que inicialmente foram excluídos devido a sua situação de saúde e no decorrer do internamento recuperaram as condições clínicas e/ou neurológicas, foram convidados para participar do estudo.

3.3.3 Critérios de exclusão e/ou de não inclusão

Foram excluídos da pesquisa aqueles que apresentavam afasia, déficit cognitivo, rebaixamento do nível da consciência, que estavam com instabilidade clínica ou hemodinâmica.

Homens transgêneros foram excluídos por apresentarem uma realidade social, psicológica e biomédica distinta, o que requer abordagens e metodologias específicas para compreender as dinâmicas de infecção e os desafios enfrentados por esse grupo. A inclusão de homens transgêneros demandaria um recorte teórico e metodológico distinto, com foco em aspectos relacionados ao processo de transição de gênero, questões de saúde específicas (como o uso de hormônios e possíveis interações com terapias antivirais), além de questões de discriminação e acesso ao tratamento.

3.3.4 Cálculo amostral

De acordo com dados cedidos pela referida instituição, entre janeiro de 2020 a dezembro de 2024, houve uma média de circulação anual de 60 homens hospitalizados por aids, na referida enfermaria. Dessa forma, o cálculo amostral foi realizado por meio do programa OpenEpi versão 3.01 e foi considerado a média da população de homens adultos com aids atendidos semestralmente (tempo coincidente para a coleta) na referida instituição ($n= 25$), a frequência antecipada foi considerada 50%, erro aceitável de 5%, nível de confiança de 95%, poder de 80% e adicional de perda de 5%. Portanto, a amostra mínima representa essencialmente toda a população disponível ($n=25$) e foi coletada de modo não-probabilístico/conveniência.

Considerando as proposições apresentadas, a amostra final do estudo foi composta por 22 participantes.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizado o contato prévio com a direção do hospital para a apresentação do estudo e após a autorização da mesma foi iniciada a coleta de dados. Uma vez autorizada, foi realizado o recrutamento dos participantes para o estudo. O estudo utilizou dados primários (entrevista) e secundários (prontuário) colhidos pelos pesquisadores. Em um primeiro momento, foi realizado o teste piloto a fim de avaliar se os instrumentos de coleta de dados estavam adequados, assim, após alguns ajustes procedeu-se com a coleta de dados. A operacionalização ocorreu de forma individualizada e reservada (apenas o pesquisador e o entrevistado), precedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - (Apêndice A).

As entrevistas foram guiadas por meio de um formulário semi estruturado, seguido de um roteiro de perguntas previamente validadas, que foi apresentado de forma física aos participantes. O formulário foi construído pela pesquisadora, juntamente com seu orientador, centrado na apreensão narrativa e no levantamento do perfil dos participantes. O formulário composto por questões fechadas e abertas direcionou a obtenção das características sociodemográficas, comportamentais, de saúde e hospitalização, com o foco no LS e automanejo da aids, além das dimensões relacionadas ao LS com o *Health Literacy Questionnaire (HLQ)*.

Acerca do HLQ destaca-se que é um instrumento multidimensional que contém 44

itens dispostos em nove escalas (Osborne *et al.*, 2013), conforme apresentado na figura 3, a seguir. Nesse estudo foram utilizadas 5 escalas, totalizando 24 questões fechadas, que permitiram avaliar as seguintes dimensões:

- Escala 2 - Informações suficientes para cuidar da saúde;
- Escala 3 - Cuidado ativo da saúde;
- Escala 4 - Suporte social;
- Escala 6 - Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde;
- Escala 9 - Compreender bem as informações de saúde e saber o que fazer.

Figura 3 - Health Literacy Questionnaire (HLQ), versão brasileira. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.

DOMÍNIOS DAS ESCALAS HLQ	
Questões	Respostas
1. COMPREENSÃO E APOIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Eu tenho pelo menos um profissional de saúde que...	1. Discordo Totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo Totalmente
Eu tenho pelo menos um profissional de saúde que eu posso...	
Eu tenho os profissionais de saúde de que necessito...	
Eu posso contar com pelo menos um...	
2. INFORMAÇÕES SUFICIENTES PARA CUIDAR DA SAÚDE	
Na minha opinião, tenho boas informações sobre...	5. Discordo Totalmente 6. Discordo 7. Concordo 8. Concordo Totalmente
Eu tenho informação suficiente para me ajudar a lidar...	
Eu tenho certeza de que tenho toda informação que...	
Eu tenho toda a informação que preciso para...	
3. CUIDADO ATIVO DA SAÚDE	
Eu gasto bastante tempo envolvido com minha...	1. Discordo Totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo Totalmente
Eu tenho informações suficientes para me ajudar a lidar...	
Eu tenho certeza de que tenho todas as informações que...	
Eu tenho todas as informações que preciso para...	
4. SUPORTE SOCIAL PARA A SAÚDE	
Eu tenho acesso a várias pessoas que...	1. Discordo Totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo Totalmente
Quando me sinto doente, as pessoas ao meu redor realmente...	
Se precisar de ajuda, tenho muitas pessoas com quem...	
Eu tenho pelo menos uma pessoa que pode me...	
Eu tenho forte apoio da família ou de amigos...	
5. AVALIAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE	
Eu comparo informações sobre saúde obtidas de fontes	1. Discordo Totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo Totalmente
Quando vejo novas informações de saúde obtidas	
Eu sempre comparo informações de saúde obtidas...	
Eu sei como descobrir se as informações de saúde...	
Eu pergunto aos profissionais de saúde sobre a qualidade...	
6. CAPACIDADE DE INTERAGIR ATIVAMENTE COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Ter certeza de que os profissionais de saúde entendem...	1. Não consigo fazer ou sempre difícil 2. Geralmente difícil 3. Às vezes difícil 4. Geralmente fácil 5. Sempre fácil
Ter boas conversas sobre sua saúde com...	
Ter boas conversas sobre sua saúde com...	
Conversar com os profissionais de saúde até que...	
Fazer perguntas aos profissionais de saúde para conseguir...	
7. NAVEGAR NO SISTEMA DE SAÚDE	
Encontrar o serviço de saúde...	1. Não consigo fazer ou sempre difícil 2. Geralmente difícil 3. Às vezes difícil 4. Geralmente fácil 5. Sempre fácil
Conseguir consultar com profissional de saúde...	
Decidir qual profissional de saúde você precisa...	
Ter certeza de encontrar o lugar correto para conseguir...	
Descobrir quais serviços de saúde você tem...	
Decidir qual é o melhor serviço de saúde...	
8. CAPACIDADE DE ENCONTRAR BOAS INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE	
Encontrar informações sobre problemas...	1. Não consigo fazer ou sempre difícil 2. Geralmente difícil 3. Às vezes difícil 4. Geralmente fácil 5. Sempre fácil
Encontrar informações sobre saúde em várias...	
Conseguir informações sobre saúde para você...	
Conseguir informações sobre saúde em linguagem...	
Conseguir informações sobre saúde...	
9. COMPREENDER BEM AS INFORMAÇÕES DE SAÚDE E SABER O QUE FAZER	
Preencher formulário médicos sobre saúde...	1. Não consigo fazer ou sempre difícil 2. Geralmente difícil 3. Às vezes difícil 4. Geralmente fácil 5. Sempre fácil
Seguir exatamente as instruções dos...	
Ler e entender as informações escritas...	
Ler e entender todas as informações em...	
Entender o que os profissionais de saúde estão...	

Fonte: Adaptado de Moraes et al. (2021).

Ademais, ressalta-se que a versão brasileira do HLQ passou por um processo de validação, no qual foi possível apreender que o referido instrumento possui propriedades

psicométricas satisfatórias, demonstradas pela confiabilidade, validade discriminante entre os itens e excelentes índices de ajuste na replicação do modelo original do instrumento na população brasileira (Moraes *et al.*, 2021).

Foi importante avaliar as variáveis quantitativas para obter dados sobre a caracterização dos participantes: características individuais e sociodemográficas; características comportamentais e de saúde; características do internamento e informações sobre apoio social e familiar e o grau de letramento em saúde das escalas 2, 3, 4, 6 e 9 do HLQ. Já a abordagem qualitativa complementou a quantitativa ao oferecer uma compreensão mais profunda e contextualizada das experiências individuais e sociais dos homens. Ela permitiu explorar as percepções, atitudes e vivências dos indivíduos em relação ao HIV/aids, os estigmas associados à doença, as barreiras ao tratamento, o impacto psicológico da infecção e as dinâmicas de cuidado. Esse tipo de análise foi crucial, pois as estatísticas quantitativas muitas vezes não capturaram as complexidades sociais e emocionais envolvidas no processo de adoecimento e tratamento. O número pequeno da amostra, também contribuiu para a escolha do método por aprofundar os achados quantitativos com as respostas qualitativas e combinar forças de ambas as abordagens de forma eficaz, permitindo uma análise mais robusta.

No HLQ, o termo profissionais de saúde se refere a médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e qualquer outro trabalhador da área da saúde a quem você recorre em busca de conselho e tratamento.

O interesse na aplicação dos instrumento da etapa quantitativa foi conhecer o perfil sociodemográfico, comportamental, de saúde, hospitalização, bem como obter respostas sobre a autogestão da doença pelo paciente relacionadas letramento em saúde, contidas nas escalas 2, 3, 4, 6 e 9 do HLQ. Não se tem interesse de traçar o perfil da assistência profissional ao paciente e sim saber o que ele entende e como procura agir no automanejo da saúde para não adoecer. Para evitar a fadiga do entrevistado devido ao excesso do número de perguntas do formulário e do HLQ, os dados da coleta foram colhidos em prontuário, observadas pelo pesquisador ou perguntadas ao paciente, conforme consta nos quadro 1 e 2, abaixo:

Quadro 1 - Roteiro da Entrevista da etapa QUAN. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.

ETAPA QUAN FORMULÁRIO – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO 79 perguntas	
BLOCO 01 Características sociodemográficas, de saúde/doença e internamento hospitalar Questões 01 a 54	
Tópico	Origem dos dados
Tópico 01 A Individuais e sociodemográficas 20 questões	Número de identificação: questão 01 Prontuário: questões 02 a 14; 16, 19 e 20 Paciente: questões 15 e 17
Tópico 01 B Características comportamentais e de saúde 12 questões	Paciente: questões 21 a 32
Tópico 01 C Internamento 22 questões	Prontuário: questões 33 a 54
BLOCO 02 Apoio de apoio/social Questões 55 – 56	
Tópico 02 A Apoio social e familiar – 02 questões	Paciente: questões 55 e 56
BLOCO 03 <i>Health Literacy Questionnaire – HLQ</i> Questões 57 a 79	
Domínio 2 Informações suficientes para cuidar da saúde 04 questões	Paciente: questões 57 a 60
Domínio 3 Cuidado ativo da saúde 05 questões	Paciente: questões 61 a 65
Domínio 4 Suporte social para a saúde 04 questões	Paciente: questões 66 a 69
Domínio 6 Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde 05 questões	Paciente: questões 70 a 74
Domínio 9 Compreender bem as informações de saúde e saber o que fazer 05 questões	Paciente: questões 75 a 79

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Quadro 2 - Roteiro da Entrevista da etapa QUAL. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.

ETAPA QUAL ROTEIRO DA ENTREVISTA 8 perguntas	
LETRAMENTO EM SAÚDE Domínios 2, 3, 4, 6 e 9 do HLQ Questões 80 a 87	
Tópico	Origem dos dados
Complementariedade das informações relativas à escala 02 – HLQ: 02 questões	Paciente: questões 80 e 81
Complementariedade das informações relativas à escala 03 – HLQ: 01 questão	Paciente: questão 82
Complementariedade das informações relativas à escala 04 – HLQ: 02 questões	Paciente: questões 83 e 84
Complementariedade das informações relativas à escala 06 – HLQ: 01 questão	Paciente: questão 85
Complementariedade das informações relativas à escala 09 – HLQ: 02 questões	Paciente: questões 86 e 87

Fonte: Adaptado Osborne *et al.*, 2013.

Para tanto, as entrevistas foram audiogravadas, sendo registradas por meio da utilização de gravadores em formato de áudio *Mp3*. Dessa forma, o formulário que foi desenvolvido está estruturado em um roteiro conforme consta no **Apêndice B**. O formulário da etapa QUAN contém 79 perguntas, sendo 55 obtidas diretamente com os pacientes, 23 extraídas do prontuário e 01 observada pelo pesquisador. Das 55 perguntas respondidas pelo paciente, 08 são abertas e 47 foram de múltipla escolha. Em relação à etapa QUAL, esta foi composta 08 por perguntas abertas com o intuito de complementar/comparar os resultados das 23 questões das escalas 2, 3, 4, 6 e 9 do HLQ da etapa QUAN.

Os escores das escalas do HLQ foram calculados somando as respostas e dividindo pelo número de itens da escala. Faixa de pontuação de 1 a 4 para as primeiras 5 escalas, e 1 a 5 para as escalas de 6 a 9 (**APÊNDICE B**).

Na análise das respostas do HLQ, não foram usadas pontuações para classificar os entrevistados como tendo alto ou baixo LS. Em vez disso, as respostas indicam se as pessoas concordam ou discordam de certas afirmações, ou se acham certas tarefas fáceis ou difíceis de realizar.

Para as escalas de 4 pontos com opções de resposta de discordo totalmente a concordo totalmente (Escalas 1 a 5), pontuações abaixo de 2,5 indicam que os respondentes, em média, tendem a discordar das afirmações dentro de uma escala.

Para as escalas de 5 pontos com opções de resposta de não posso fazer ou sempre difícil a sempre fácil (Escalas 6 a 9), pontuações abaixo de 3,5 indicam que os respondentes, em média, consideram a tarefa dentro de uma escala difícil de realizar.

Todos os dados foram coletados em questionários próprios, depois foram transferidos para uma planilha do Formulário Google. Posteriormente os dados foram categorizados e exportados para o Stata, para análises.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A integração dos métodos mistos desempenha um papel essencial na pesquisa, permitindo uma análise mais abrangente dos dados. Neste estudo, as informações quantitativas e qualitativas foram combinadas por meio da estratégia de triangulação concomitante, com o intuito de identificar pontos de convergência, discrepâncias e possíveis complementações entre os achados.

Essa integração ocorre na etapa final da análise, na qual os diferentes tipos de dados são reunidos e interpretados de maneira articulada, formando um panorama mais coerente e aprofundado da investigação. Esse processo possibilita uma compreensão mais completa da realidade estudada, ampliando a validade dos resultados.

A seguir, são apresentados dois processos de combinação dos dados, demonstrando como a integração entre informações quantitativas e qualitativas contribui para a construção de um conhecimento mais consistente e detalhado sobre o fenômeno analisado.

Análise de dados quantitativos e qualitativos referentes às características dos domínios 2 (Informações suficientes para cuidar da saúde), 4 (Suporte social para a saúde), 3 (Cuidado ativo da saúde), 6 (Capacidade de interagir com os profissionais) e 9 (Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer) do HLQ.

3.5.1 Análise descritiva dos dados quantitativos

Para análise dos dados foram utilizadas medidas de tendência central e de variabilidade, para as variáveis contínuas e frequências absolutas para as variáveis categóricas.

Para expandir a garantia da qualidade e da metodologia na formação de estudo misto, foram fomentadas diante das recomendações propostas pelo *The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers* (Hong *et al.*, 2018). Desse modo, foram seguidos os passos do desenho de métodos misto: a descrição detalhada dos componentes metodológicos, prezando pela integração dos dados; justificação e transparência, apresentada sob a forma de relatório e divulgação dos resultados; exposição compreensível da coleta e da análise dos dados quanto aos componentes qualitativos e quantitativos; integração dos dados e dos resultados, conferindo descrição e justificativa detalhada do desenho do estudo no âmbito qualitativo e quantitativo das abordagens (O'Cathain, Murphy, Nicholl, 2008).

3.5.2 Análise qualitativa sob a ótica de Braun e Clarke

As informações qualitativas passaram por submissão à análise temática de Braun e Clarke. Trata-se de um instrumento para identificar, analisar e relatar padrões (temas) encontrados nos dados. Ele organiza e descreve o conjunto de dados em detalhes maiores. A análise temática diferencia-se dos demais métodos analíticos que procuram descrever padrões através de dados qualitativos - como a análise do discurso 'temática', a análise de decomposição temática, Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI) e a teoria fundamentada em dados (Braun; Clarke, 2006).

A análise temática pode ser essencialista ou realista para relatar experiências, significados e a realidade dos integrantes, ou pode ser na forma construtivista, por onde analisa as maneiras como eventos, realidades, significados, experiências e assim por diante que são decorrentes de efeitos de uma série de discursos que operam dentro da sociedade (Braun, Clarke, 2006).

Algumas das fases da análise temática são semelhantes às fases de outras pesquisas qualitativas, logo essas etapas não são necessariamente exclusivas da análise temática. A análise envolve um constante movimento para frente e para trás pelo conjunto de dados, pelos extratos codificados que estão sendo analisados, sendo pela análise deles que o material é produzido. Nesse sentido, destaca-se que a escrita é uma parte integral da análise, não sendo restrita apenas ao momento final, como acontece com as análises estatísticas. Portanto, a escrita deve começar na fase base, inicial, com a anotação de ideias, estratégias esquemas de codificação potenciais, e dar seguimento através do processo de codificação/análise. Para tanto, destacam-se as seis fases de análise e as diferentes características de cada uma delas (Braun, Clarke, 2006).

Figura 4 - Fases da Análise de Conteúdo Temático Reflexiva. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.

Estágio	Descrição do processo
1. Familiarizando-se com seus dados:	Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais.
2. Gerando códigos iniciais:	Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código.
3. Buscando por temas:	Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.
4. Revisando temas:	Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise.
5. Definindo e nomeando temas:	Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.
6. Produzindo o relatório:	A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

Fonte: Adaptado de Braun e Clarke (2006).

A seguir serão apresentadas as seis fases propostas por Braun e Clarke (2006) e suas respectivas características. No estágio 1 ocorre a interpretação dos dados. Nessa fase, destaca-se que, inicialmente, se os dados a serem analisados forem provenientes de dados verbais, tais como entrevistas, programas de televisão ou discursos políticos, os dados terão de ser transcritos, com o intuito de realizar uma análise temática. Nesse momento, é importante uma maior dedicação de tempo para familiarizar-se com os dados, e também para verificar as transcrições confrontando-as com as gravações originais de áudio para obter precisão.

É crucial a imersão nos dados até o ponto em que haja uma familiarização com a profundidade e amplitude do conteúdo. A imersão está relacionada a “leitura repetida” dos dados, leitura esta que deve ocorrer de maneira ativa – procurando significados, padrões e assim por diante. É ideal ler todo o conjunto de dados pelo menos uma vez antes de iniciar o processo de codificação, pois a identificação de possíveis padrões será moldado durante a leitura. Também, podem ser iniciadas as tomadas de notas ou apontamento de ideias para codificação. Contudo, ressalta-se que a codificação continua a ser desenvolvida e definida em toda a análise (Braun; Clarke, 2006).

No momento seguinte, estágio 2, é caracterizada pela geração de códigos iniciais a partir dos dados. Ressalta-se que a codificação, de certa maneira, dependerá se os temas são

mais "direcionados pelos dados" ou "dirigido pela teoria". Na primeira situação, os temas dependerão dos dados, mas no último, o pesquisador poderá aproximar-se dos dados com questões específicas que deseja codificar. Nessa fase, ocorre o trabalho sistemático em todo o conjunto de dados, dando plena e *igual* atenção a cada item, bem como a identificação de aspectos relevantes nos itens que podem formar a base de padrões repetidos (temas) em todo o conjunto (Braun; Clarke, 2006).

Posteriormente, tem-se o estágio 3, procurando por temas. Esta fase, inicia-se quando todos os dados forem previamente codificados e agrupados, e tem-se uma extensa lista de códigos diferentes que foram identificados a partir de um conjunto de dados. Nesta fase, redireciona-se a análise no nível mais amplo de temas, no lugar de códigos, envolve a triagem dos diferentes códigos em temas potenciais e junta-se todos os extratos codificados como relevantes em temas identificados. Essencialmente, inicia-se análise dos códigos, uma vez que códigos diferentes podem se agregar para formar um tema abrangente. Nesse momento, podem ser utilizadas ferramentas como quadros, mapas mentais, bem como a descrição do nome de cada código (uma breve descrição) em pedaços de papel separados e juntá-los em pilhas, por tema. Ao final desta fase, espera-se ter uma coleção de temas escolhidos e subtemas, e todos os extratos de dados que foram codificados em relação a eles. Aqui, é possível perceber ter uma noção do significado dos temas individuais (Braun; Clarke, 2006).

Prosseguindo com as etapas da análise temática, tem-se o estágio 4, dita como "revisando temas". A mesma só é iniciada após a criação de um conjunto de temas candidatos, e está relacionada ao refinamento desses temas. Durante esta fase, torna-se evidente que alguns temas candidatos não são realmente temas (por exemplo, se não houver dados suficientes para apoiá-los, ou se os dados são muito diversificados), enquanto outros podem entrar em colapso entre si (por exemplo, dois temas aparentemente separados podem vir a formar um tema). Já outros podem precisar ser separados em temas diferentes.

Nessa fase, tem-se dois níveis de revisão e refinamento dos temas. O primeiro consiste na revisão dos extratos codificados dos dados, para isso é necessário que ocorra a leitura de todos os extratos recolhidos para cada tema, e considerar se eles aparentam formar um padrão coerente. Se os temas selecionados parecem constituir um padrão coerente, é possível prosseguir para o segundo nível desta fase. O nível dois refere-se a um processo semelhante, mas no conceito da relação ao conjunto de dados como um todo. Neste nível, analisa-se a validade de temas individuais em relação ao conjunto, mas também se o seu mapa temático escolhido reflete 'precisamente' os significados evidentes no conjunto de dados como um todo (Braun; Clarke, 2006).

Ao se encaminhar para as fases finais, tem-se o estágio 5, caracterizado pela definição e nomeação dos temas. Nesse ínterim, ressalta-se que é importante não tentar obter um tema que envolva os dados demais, ou ser muito diverso e complexo. Assim, é essencial que ocorra o retorno aos extratos de dados separados em cada tema, e organizá-los de forma coerente e internamente consistente, com uma narrativa que os acompanha. É vital não apenas parafrasear o conteúdo dos extratos de dados apresentados, mas identificar o que é interessante sobre eles e por quê. Ademais, como parte do refinamento, é necessário identificar um tema que contém ou não quaisquer subtemas. Estes, por sua vez, são essencialmente temas dentro de um tema, podem ser úteis para a estruturação de um tema particularmente grande e complexo, e também para demonstrar a hierarquia de sentido dentro dos dados. É importante que, ao final desta fase, você possa definir claramente o que seus temas são, e o que eles não são (Braun; Clarke, 2006).

Por fim, tem-se o estágio 6, na qual ocorre a produção do relatório. Nesta fase, é importante que a análise (a escrita da mesma, incluindo extratos de dados) forneça um relato conciso, coerente, lógico, não repetitivo, e interessante, da história contada pelos dados - dentro dos temas e entre eles. A escrita deve fornecer provas suficientes dos temas nos dados - ou seja, extratos de dados suficientes para demonstrar a prevalência do tema. Para isso, deve-se escolher exemplos particularmente vívidos, ou extratos que capturem a essência do ponto que está sendo demonstrado, sem complexidade desnecessária. Entretanto, ressalta-se que a escrita precisa fazer mais do que simplesmente fornecer dados, os extratos precisam estar incorporados dentro de uma narrativa analítica que convincentemente ilustra a história que está sendo contada sobre seus dados, além disso a narrativa analítica precisa ir além da descrição dos dados, e trazer um argumento em relação a pergunta norteadora da pesquisa (Braun; Clarke, 2006).

Após transcrições das entrevistas, na fase 1 da pesquisa houve a familiarização com os dados coletados, isso ocorreu através da transcrição dos dados, leitura e releitura, seguida da identificação dos apontamentos de ideias iniciais. Dessa forma, as entrevistas realizadas abordaram percepções e práticas relacionadas ao LS para a autogestão da doença dos indivíduos no acesso e busca por informações de saúde, vinculação com profissionais de saúde, cuidados pessoais, e o impacto social e familiar.

Nessa primeira fase, realizou-se a escuta ativa dos pacientes durante a execução das entrevistas, seguida da análise subsequente de suas transcrições, onde ocorreu a leitura repetida dos materiais transcritos, o que possibilitou obter insights valiosos. Esses insights emergiram da imersão nos textos, bem como das percepções intuitivas quanto às observações

feitas sobre o modo de vida dos participantes. Foram identificados, por exemplo, temas comuns no cotidiano desses indivíduos, revelando nuances e particularidades que poderiam ser subestimadas na análise.

Além disso, o processo de familiarização possibilitou a identificação de novas perspectivas sobre o letramento em saúde, considerando as habilidades pessoais, cognitivas e sociais que influenciam a capacidade dos indivíduos, conforme descrito por Nutbeam (2000). Essas habilidades incluem o acesso, compreensão, avaliação e aplicação das informações em saúde, além da utilização dos serviços de saúde de forma eficaz, por meio da tomada de decisões e questionamentos relacionados à promoção da saúde e prevenção da Aids, conforme destacado por Sorensen *et al.* (2012). Essa abordagem foi complementada à luz da Teoria da Autogestão Individual e Familiar (TAIF), que oferece um marco teórico para compreender a gestão da saúde.

Durante a leitura dos textos das entrevistas, foram destacados trechos que chamaram atenção por conter elementos que permitiram a análise dos hábitos comportamentais dos participantes, baseados no letramento em saúde e na autogestão da aids. Diante dessa análise foram observados padrões que versavam sobre os seguintes apontamentos preliminares: informações em saúde; modelo biomédico de cuidado e práticas de saúde; estratégias de automanejo em saúde; saúde mental; uso de substâncias psicoativas; práticas farmacológicas e falhas terapêuticas; grau de instrução e comportamento de risco; redes de apoio (social e familiar) e situação sócio econômica.

A fase 2 foi o momento de produção dos códigos iniciais, na qual houve a codificação dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados e coleta de dados relevantes de cada código. Dessa forma, os dados foram organizados em segmentos e consequentemente em códigos iniciais, conforme consta no quadro 3, abaixo.

Quadro 3 - Códigos e segmentos iniciais do processo de codificação. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.

Segmentos	Códigos iniciais
<p>Assuntos de interesse: notícias sobre o avanço das pesquisas em relação a cura do HIV/Aids, avanços das pesquisas sobre HIV/Aids e benefícios financeiros governamentais.</p> <p>Meios: orientações de médicos especialistas, informações científicas (artigos e vídeos criados por médicos), notícias de internet e televisão e identificação de informações suspeitas/falsas em relação à saúde.</p>	Obtenção de informações
<p>Motivos relacionados à saúde: ausência de sinais e sintomas; efeitos adversos/colaterais da terapia antirretroviral; deficiências (visuais, auditivas, física, cognitivas e neurológicas etc), aparecimento de doenças oportunistas (descrença na eficácia do tratamento).</p> <p>Motivos relacionados à assistência à saúde: medo de levar bronca do médico por não continuado o tratamento de forma correta; dificuldade de marcação/acompanhamento com médicos de outras especialidades por pacientes com comorbidades (oftalmologia, otorrinolaringologia, odontologia, pneumologia, dermatologia, neurologia, etc); medo de exposição do diagnóstico durante as consultas de acompanhamento na atenção secundária ou busca de ajuda na atenção primária; exposição no momento de pegar a medicação no centro de referência; desconhecimento sobre a evolução da doença.</p> <p>Motivos pessoais: alto ou baixo grau de instrução; Desinformação em buscar auxílio financeiro do governo.</p> <p>Motivos psicossociais: revolta e desesperança com a vida; uso de drogas; dificuldade financeira, ausência e/ou falha na rede de apoio; quebra de sigilo diagnóstico; dificuldade de acesso físico e geográfico.</p> <p>Consequências: HIV congênito; aumento do número de casos novos; agravamento do quadro clínico; aumento de hospitalizações e óbitos.</p>	Abandono do tratamento

<p>Percepção: a presença da figura do médico na fala, apesar de todo o cuidado da equipe multiprofissional.</p> <p>Motivos: recebem apoio emocional; confiança no conhecimento do médico infectologista/especialista; percepção do envolvimento do médico no sucesso do tratamento; achar que profissionais da atenção primária não resolverão a sua demanda pelo motivo do desconhecimento do manejo da doença.</p> <p>Impasses: relação limitada com outros profissionais, que não são médicos.</p> <p>Vantagem: impacto positivo na continuidade e motivação do tratamento.</p> <p>Desvantagens: relação limitada com outros profissionais da equipe multiprofissional.</p>	<p>Vínculo profissional centrado no médico especialista</p>
<p>Unidades de saúde: UPAs, Hospitais (HUPES, Couto Maia, Regionais, Municipais), Ambulatórios especializados para tratamento e prevenção de ISTs (AMN + CEDAP) e unidade de saúde particular (médico especialista)</p> <p>Motivos: maior confiança em profissionais da atenção terciária para o compartilhamento de informações/comunicação pelas maiores chances de manutenção do sigilo diagnóstico e pela experiência; medo do afastamento das pessoas, da discriminação, estigma e homofobia e a importância do sigilo para evitar essas situações ao buscar centros de saúde mais próximos do território de residência (atenção primária); percepção de acolhimento em relação ao estigma e discriminação.</p> <p>Impactos: dificuldade de acesso continuado e supervisionado no tratamento; agravamento da condição clínica pela demora em buscar o serviço de saúde, quando sintomático; intervalo de tempo maior entre as consultas de acompanhamento; acesso restrito às consultas, realização de exames e coleta de dados para a pesquisas científicas e descoberta de novas infecções decorrentes do HIV por questões de infecções oportunistas e não pela prevenção e promoção da atenção primária (ex: testes rápidos).</p> <p>Vantagem: na atenção terciária, não se sente discriminado pelos profissionais.</p>	<p>Atendimento centrado na atenção secundária e terciária</p>

<p>Origem da exposição do diagnóstico: descuido dos profissionais de saúde nas conversas individuais com os pacientes sobre o cuidado com a saúde em áreas abertas ao público e em enfermarias de leitos compartilhados.</p> <p>Consequências: HIV congênito; novas infecções pelo HIV; sigilo do diagnóstico com o parceiro sexual, familiares e pessoas próximas; atraso na busca pela assistência pelo incentivo de pessoas próximas; não busca ajuda na atenção primária.</p> <p>Motivos para a escolha do diagnóstico sigiloso: medo do estigma pelo julgamento dos hábitos comportamentais e orientação sexual (rótulo dos primeiros anos das primeiras infecções em relação a orientação sexual).</p>	Sigilo
<p>Cuidado com a saúde: restrito a tomada de medicação</p> <p>Comportamentos e hábitos de vida propensos à exposição: exposição sexual desprotegida; pouco tempo para cuidar da saúde; desconhecimento e não utilização de profilaxias (PEP e PrEP); não menciona uso do preservativo como cuidado de saúde; oculta a condição sorológica para o parceiro, familiares e pessoas próximas.</p> <p>Condições desfavoráveis: baixa condição financeira para alcance das metas do cuidado.</p>	Automanejo da saúde restrito na tomada de medicação
<p>Reduzida ou ausente: medo do preconceito, discriminação e estigma em relação a orientação sexual pelos familiares e pessoas próximas; oculta o diagnóstico do parceiro sexual/afetivo, familiares e pessoas próximas; limitada à profissionais de saúde da atenção secundária e terciária; distanciamento familiar pelo motivo da orientação sexual (homossexual); vivem/moram sozinhos, estado civil solteiros e medo de ser julgado pela condição do alto grau de instrução/conhecimento;</p> <p>Consequências: não adesão medicamentosa (tomada de medicação de forma errada, abandono).</p> <p>Impactos positivos da rede de apoio: sentem-se amados e cuidados por seus familiares.</p>	Rede de apoio social e familiar reduzida ou ausente

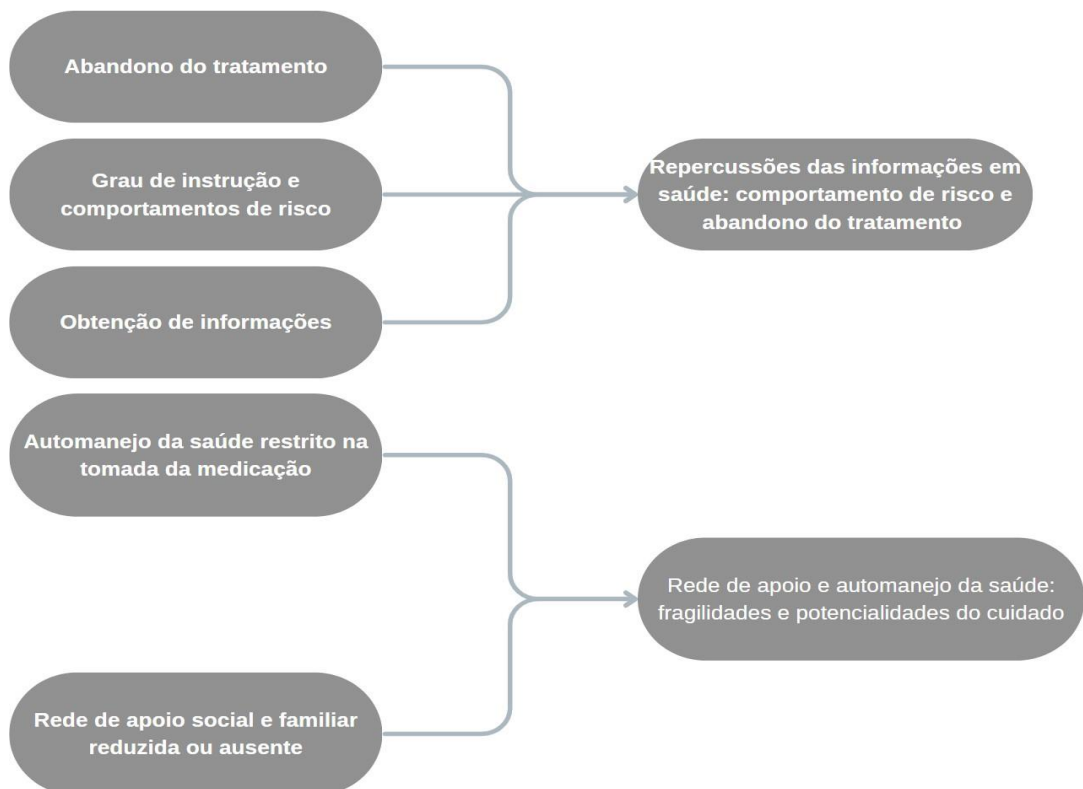
<p>Grau de instrução ruim: dificuldades de entendimento de comunicação, informações e orientações; dificuldade na leitura das receitas e orientações dos profissionais de saúde; tomada de medicação de forma errada; desconhecimento e desinteresse em saber sobre a evolução da doença; falta de interesse em saber sobre a doença; desconhecimento das medidas de profilaxia, prevenção e promoção; desinformação em buscar auxílio financeiro do governo, contradições na fala.</p> <p>Alto grau de instrução: resistência em aceitar comandos; evitar atendimento/acompanhamento com profissionais não especialistas.</p> <p>Achados: Alto ou baixo grau de letramento; Masculinidade. Condições desfavoráveis: apesar do conhecimento (alto grau de instrução) sobre a prevenção do vírus (uso de preservativo, PreP e PEP), não faz a autogestão da saúde para a prevenção da infecção; parceria fixa e o não uso do preservativo; parcerias múltiplas e não uso de preservativo; masculinidade (arisco demora em buscar o serviço de saúde, mesmo que sintomático) e o baixo grau de letramento.</p>	<p>Grau de instrução e comportamentos de risco</p>
<p>Autogestão da abstinência: estratégias utilizadas pelos próprios pacientes no automanejo da abstinência.</p> <p>Impactos negativos: evasão hospitalar; desistência do tratamento; sinais e sintomas de abstinência.</p> <p>Substâncias: lícitas (maconha, tabagismo, etilismo); ilícitas (crack, cocaína); tabagismo; etilismo; hormônios; uso anterior de droga substâncias lícitas e ilícitas.</p>	<p>Uso de substâncias lícitas e ilícitas</p>
<p>Sentimentos negativos: de culpa, de negação (não querer saber sobre a doença), raiva, medo (discriminação e estigma – afastamento das pessoas), desesperança com a vida, percepção de ser julgado por ser um homem com um grau de instrução/conhecimento, pensamento suicida, sentimento de revolta da forma como ocorreu a infecção; medo da quebra do sigilo diagnóstico; desesperança no avanço da ciência e percepção de falta de interesse em avançar em relação a cura em detrimento de interesses financeiros.</p> <p>Sentimentos positivos: tranquilidade, motivação para o tratamento com presença de rede de apoio</p>	<p>Saúde mental</p>

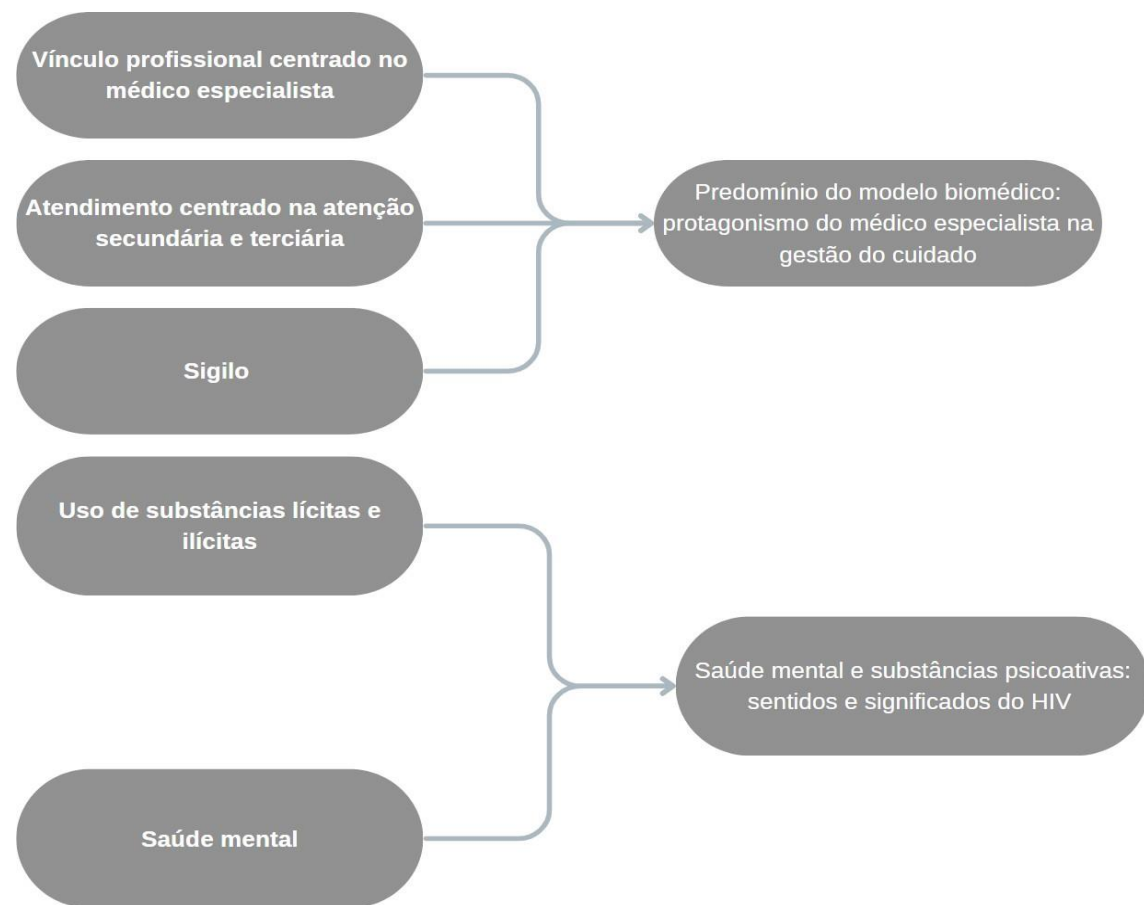
<p>Condição da situação financeira: trabalho informal, sem ocupação, sem renda, baixa condição financeira para manter o tratamento, sem vínculo previdenciário, perda da renda (demissão), desemprego, depende da ajuda financeira de familiares e auxílios governamentais.</p> <p>Isolamento: estado civil (solteiro, viúvo), desestrutura familiar, abstinência de vida sexual desde o diagnóstico de HIV.</p> <p>Condição habitacional: moradia ruim</p>	<p>Situação sócio-econômica</p>
--	--

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Na fase 3, foi realizado o agrupamento dos códigos iniciais a fim de identificar os temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema. Dessa forma, os códigos iniciais foram organizados com o auxílio de um fluxograma, de acordo com a figura 5, a seguir.

Figura 5 - Processo de formação dos códigos potenciais. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.





Fonte: Elaboração própria, 2025.

Na fase 4 ocorreu a verificação dos temas potenciais com os extratos, ou seja, os temas relacionados com letramento em saúde e automanejo da Aids foram revisados de tal forma que emergiram os seguintes temas e seus respectivos subtemas:

TEMA 1. OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES SUBTEMAS:

- Vínculo profissional centrado na figura do médico;
- Busca de atendimento centrado na atenção secundária e terciária;

TEMA 2. REDE DE APOIO FAMILIAR, PROFISSIONAL E SOCIAL. SUBTEMAS:

- Automanejo da saúde restrito a tomada de medicação;
- Rede de apoio e familiar reduzida ou ausente
- Grau de instrução;
- Abandono do tratamento
- Uso de substâncias lícitas e ilícitas;
- Saúde mental;

- Acolhimento profissional;
- Sigilo;
- Comportamentos de risco e Masculinidade.

Estágio 5. Definindo e nomeando temas - Nova análise para refinar as especialidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.

TEMA 1. REDE DE APOIO FAMILIAR, PROFISSIONAL E SOCIAL.

- Uso de substâncias lícitas e ilícitas
- Saúde mental
- Situação sócio-econômica
- Sigilo do diagnóstico
- Abandono do tratamento

TEMA 2. CENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/CUIDADO DE SAÚDE EM UNIDADES E PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS E NA TOMADA DA MEDICAÇÃO.

- Alto e baixo grau de letramento
- Busca de atendimento centrado na atenção secundária e terciária

Estágio 6. Produção do relatório - A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vividos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

TEMA 1. LIMITAÇÕES RELACIONADAS AO LETRAMENTO EM SAÚDE PARA O AUTOMANEJO DA AIDS EM HOMENS HOSPITALIZADOS.

Subtema 1 - Rede de apoio familiar, profissional e social.

- Combate ao estigma e discriminação do HIV/aids
- Acompanhamento da saúde mental da PVHIV em todos os níveis de atenção
- Auxílios governamentais para PVHIV

SUBTEMA 2 - CENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/CUIDADO DE SAÚDE EM UNIDADES E PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS E NA TOMADA DE MEDICAÇÃO.

- Alto e baixo grau de letramento
- Sigilo e vínculo do profissional em todos os níveis de atenção à PVHIV
-

TEMA 2. IMPACTOS POSITIVOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- Listar sites e instituições confiáveis para busca de informações
- Desmistificar a infecção pelo HIV da orientação sexual
- Acompanhamento da abstinência do uso de drogas pós alta
- Aconselhamento para compartilhamento do diagnóstico com parceiros sexuais.
- Acesso e acompanhamento na atenção básica de profilaxias (preservativo, testes rápidos, PreP, PEP e Doxy-PEP)
- Abordagem hospitalar multidisciplinar nos primeiros momentos do diagnóstico
- Abordar o tema sobre prevenção do HIV congênito

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa proposta nesta investigação respeitou os aspectos éticos. Além disso, seguiu as recomendações das Resoluções nº 466/2012 e nº 518/2016, considerando que ocorreu no âmbito do serviço de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Resoluções nº 674/2022, como forma de resguardar a integridade dos seres humanos. O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições e aprovado sob os pareceres de número: CAAE: 76017423.3.0000.5531 e nº 6.603.953/2023 (Anexo A), da Escola de Enfermagem da UFBA e CAAE: 76017423.3.3001.0049, nº 6.821.769/2024 do hospital a ser investigado (Anexo B). Além disso, os participantes da pesquisa receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A - a fim de que possam conhecer a proposta de pesquisa, e terem ciência de que, caso não queiram, podem, a qualquer momento, deixar a pesquisa.

A coleta de dados é para fins científicos e não deve, sob nenhuma hipótese, começar até que o CEP aprove o projeto submetido. A aquisição desses dados será supervisionada por profissional qualificado familiarizado com os padrões de confiabilidade e os dados não serão usados para fins não científicos.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

De acordo com pesquisa realizada com base nas planilhas anuais fornecidas pela Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial (UGPIA) da instituição pesquisada, referente aos anos de 2020 a 2024, foram registrados 304 internamentos relacionados a doenças associadas ao HIV, sendo 214 (70,4%) em homens e 90 (29,6%) em mulheres. Nesse mesmo período, ocorreram 35 óbitos, dos quais 30 (85,7%) foram em homens e 5 (14,3%) em mulheres. A faixa etária dos homens variou entre 20 e 77 anos, sendo observada também uma maior frequência de reinternações e encaminhamentos para a UTI devido à gravidade da condição nesse grupo, quando comparado às mulheres. Muitas vezes, esses pacientes apresentam histórico de tratamento irregular, recente, regular ou abandono. O tempo de internação hospitalar variou de 5 a 179 dias.

4.2 ATRIBUTOS QUANTITATIVOS

A seguir é apresentada a descrição quantitativa das características sociodemográficas, comportamentais de saúde e de internamento hospitalar frente aos domínios do Letramento em Saúde: informações para cuidar da saúde, cuidado ativo e direcionado para a saúde; suporte social; capacidade de interagir ativamente com os profissionais e compreensão das informações sobre saúde, além do entendimento para saber como agir. Os dados descritivos do estudo estão melhor apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Análise descritiva das características sociodemográficas, comportamentais de saúde e de internamento de homens adultos acometidos por aids.

Salvador, Bahia, Brasil, 2025.

Variáveis		N	%
Idade	Média	43,86	
	Mediana	42	
	Desvio Padrão	12,88	
	Mínimo - Máximo	22 - 74	
Raça/ Cor Autodeclarada	Parda	10	45,45
	Preta	10	45,45
	Branca	2	9,09
Estado civil	Solteiro	14	63,64
	União estável	3	13,64
	Casado	1	4,55
	Separado Divorciado	3	13,64
	Viúvo	1	4,55
Escolaridade	Sem Escolaridade	1	4,55
	Fundamental Incompleto	6	27,27
	Fundamental completo	3	13,64
	Médio completo	5	22,73
	Superior Incompleto	3	13,64
	Superior Completo	4	18,18
Profissão	Nível Superior	7	31,82
	Nível Técnico/Básico	9	40,91
	Sem profissão	6	27,27
Tem religião	Não	8	36,36
	Sim	14	63,64
Tipo de Moradia	Nenhuma	3	13,64
	Apartamento	3	13,64
	Casa	15	68,18
	Ocupação	1	4,55
Condição de Moradia	Própria	14	63,64
	Alugada	4	18,18
	Situação de Rua	2	9,09
	Desabrigado	1	4,55
	Ocupação	1	4,55
Com quem mora atualmente	Sozinho	12	54,55
	Pais, irmãos	1	4,55
	Pais	4	18,18
	Companheiro	4	18,18
	Companheiro e filhos	1	4,55
Possui energia elétrica em casa?	Não	3	13,64
	Sim	19	86,36

Possui água encanada em casa?	Não	4	18,18
	Sim	18	81,82
Possui coleta de lixo em casa?	Não	4	18,18
	Sim	18	81,82
Qual tipo de transporte utiliza	Privado	10	45,45
	Público	12	54,55
Qual sua renda	Sem Renda	8	36,36
	Até 1 SM	9	40,91
	1 a 2 SM	5	22,73
Recebe Auxílio do governo	Não	20	90,91
	Sim	2	9,09
Quem provém o sustento da casa	Paciente	9	40,91
	Família	8	36,36
	Paciente e companheiro	3	13,64
	Outros	2	9,09
Situação no mercado de trabalho	Empregado	4	18,18
	Desempregado	8	36,36
	Autonomo	4	18,18
	Aposentado	6	27,27
Como você avalia sua vida vivendo com HIV?	Ótima	4	18,18
	Boa	8	36,36
	Regular	5	22,73
	Ruim	1	4,55
	Péssima	2	9,09
	Não soube responder	2	9,09
Como você avalia as ações de saúde na sua comunidade?	Ótima	1	4,55
	Boa	2	9,09
	Regular	3	13,64
	Ruim	0	0
	Péssima	1	4,55
	Não soube responder	15	68,18
Tem aderido ao tratamento	Não	10	45,45
	Sim	12	54,55
Tem alguma comorbidade?	Não	12	54,55
	Sim	10	45,45
Usa/Usava preservativo durante a relação sexual?	Não	17	77,27
	Sim	5	22,73
	Não	5	22,73

Usa substancias (álcool, tabaco, drogas ilícitas)?	Sim	17	77,27
Tem parceiro sexual-afetivo atual?	Nenhum	10	45,45
	Fixo	8	36,36
	Multiplos	3	13,64
	Casual	1	4,55
Tem parceiro sexual-afetivo anterior?	Nenhum	0	0
	Fixo	6	27,27
	Multiplos	13	59,09
	Casual	3	13,64
Orientação sexual	Bissexual	3	13,64
	Heterossexual	13	59,09
	Heterossexual - HSH	2	9,09
	Homossexual	4	18,18
Sabe o que é Prep?	Não	16	72,73
	Sim	6	27,27
Sabe o que é PEP	Não	16	72,73
	Sim	6	27,27
Sabe o que é PEP DOXY PEP	Não	22	100
	Sim	0	0
Dias de Internamento	1 a 10	9	40,91
	10 a 20	3	13,64
	20 a 30	2	9,09
	30 a 40	1	4,55
	40 a 50	4	18,18
	+ 50	3	13,64
Data do diagnóstico	Recente	10	45,45
	1 ano	2	9,09
	Mais de 1 ano	10	45,45
Paciente teve admissão na UTI	Não	21	95,45
	Sim	1	4,55
Mobilidade Física	Deambula	19	86,36
	Acamado/Restrito ao leito	3	13,64
Avaliação do serviço de internação	Ótimo	11	50
	Bom	10	45,45
	Ruim	1	4,55
	Fácil	19	86,36

Entendimento das informações do serviço de internação hospitalar	Razoável	3	13,64
Avaliação da exposição de informações de saúde	Indiscreta	4	18,18
	Discreta	18	81,82
Profissional com quem mais interagiu durante a internação	Médico	13	59,09
	Enfermeiro	3	13,64
	Técnico	1	4,55
	Não sei	5	22,73
Sabe o que fazer quando tiver alta e se sentir doente?	Não	3	13,64
	Sim	19	86,36
Recebeu intervenções de enfermagem durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	0	0
	Sim	22	100
Recebeu intervenções de medicina durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	0	0
	Sim	22	100
Recebeu intervenções de fisioterapia durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	5	22,73
	Sim	17	77,27
Recebeu intervenções da assistente social durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	1	4,55
	Sim	21	95,45
Recebeu intervenções de psicologia durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	14	63,64
	Sim	8	36,36
Recebeu intervenções de farmácia durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	6	27,27
	Sim	16	72,73
Recebeu intervenções de TO durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	19	86,36
	Sim	3	13,64
Recebeu intervenções de nutrição durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	0	0
	Sim	22	100
Recebeu intervenções de fonoaudiologia durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	20	90,91
	Sim	2	9,09

Recebeu intervenções de odontologia durante a internação?	Não teve demanda/ Sem registro	18	81,82
	Sim	4	18,18
Quem te ajuda nos cuidados com a saúde relacionada ao HIV?	Ninguém	7	31,82
	Família	15	68,18
Quando sentiu que estava ficando doente, qual instituição procurou?	UPA	15	68,18
	Ambulatórios	4	18,18
	Hospitais	3	13,64
Escala 2 (Informações suficientes para cuidar da Saúde)	Menor que 2,5	9	40,91
	Maior que 2,5	13	59,09
Escala 3 (Cuidado ativo da Saúde)	Menor que 2,5	8	36,36
	Maior que 2,5	14	63,64
Escala 6 (Capacidade de Interagir com os Profissionais)	Menor que 3,5	4	18,18
	Maior que 3,5	18	81,82
Escala 9 (Compreender as informações de saúde)	Menor que 3,5	10	68,18
	Maior que 3,5	12	31,82
Escala 4 (Suporte social para a saúde)	Menor que 2,5	18	81,82
	Maior que 2,5	4	18,18

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Quanto às características individuais e sociodemográficas, os 22 participantes da pesquisa tinham idades entre 22 e 74 anos. A maioria (90%) se identificou da raça negra (pretos e pardos) e eram solteiros, viúvos ou separados (81,8%). Mais da metade moravam sozinhos (54,5%), enquanto 36,3% não possuíam renda e 40,9% recebiam até um salário mínimo. Apenas 18,1% tinham emprego formal, e a grande maioria (90,9%) não recebia nenhum auxílio financeiro governamental. Quanto à orientação sexual, os participantes se declararam bissexuais (13,6%), heterossexuais (59%), HSH (9%) e homossexuais (18,1%). Em relação à escolaridade, 31,8% tinham ensino superior completo ou estavam cursando.

No que diz respeito às características comportamentais e de saúde, mais da metade (54,5%) avaliou sua condição de saúde como ótima ou boa, enquanto a maioria (68,1%) desconhece ações de saúde em suas comunidades. Em relação ao tratamento, 54,5% relataram aderir, e 45,4% apresentaram comorbidades. Há baixa utilização de

preservativos (77,2%) e alta prevalência do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas (77,2%). Sobre parcerias afetivo-sexuais atual, 45,4% não têm parceiro, 13,6% relatam parcerias múltiplas e 13,6% encontros casuais; já em relação a parcerias anteriores, 59% referiram múltiplas parcerias e 13,6% encontros casuais. A maioria (72,7%) desconhecem sobre as Profilaxias Pré-Exposição (PrEP) e Pós-Exposição (PEP) e Doxy-PEP (100%).

No que concerne aos registros dos atendimentos da equipe multiprofissional: foram encontrados registros de prestação de cuidados em 100% dos pacientes das categorias (médica, nutrição e enfermagem), 95,4% (assistência social), 72,7% (farmácia), 77,2% (fisioterapia), 36, 3% (psicologia), 13,6% (terapia ocupacional). Daqueles que receberam intervenções psicoterapêuticas, as ações encontravam-se direcionadas ao manejo clínico de problemas psicológicos em fase aguda e crise de abstinência ao uso de drogas. Em relação a necessidade de atendimento e acompanhamento com a fonoaudiologia e odontologia, 90,9% e 81,8% dos pacientes não tiveram demanda clínica de acompanhamento desses profissionais, respectivamente.

Ainda em relação ao cuidado prestado na assistência hospitalar, 100% dos registros das intervenções da equipe de enfermagem encontravam-se centrados em ações e procedimentos técnicos, bem como os da equipe médica, sendo que não eram evidenciadas intervenções direcionadas à educação em saúde.

Acerca das características do internamento e busca por atendimento em decorrência do aparecimento dos sinais e sintomas da doença; 68,1% buscaram o primeiro atendimento em UPAs, 18,1% compareceram ao AMN onde já faziam acompanhamento e 18,6% ingressaram diretamente em hospitais municipais e de lá foram regulados para internamento no HUPES. Durante a hospitalização, 59,1% dos participantes vivenciaram mais de 10 dias de internamento hospitalar em razão do acometimento da aids, 54,5% tinham mais de um ano de diagnóstico de HIV e 45,4% haviam recebido o diagnóstico recentemente. Em relação à condição clínica durante o internamento hospitalar quanto à mobilidade, 13,6% apresentavam dificuldade para locomoção (acamados ou restritos ao leito), 95,4% dos participantes avaliaram o serviço hospitalar como sendo de ótimo a bom, a exposição de suas informações de saúde como sendo discreta por parte dos profissionais de saúde (81,8%), de fácil entendimento das informações repassadas durante o internamento (86,3%), tendo os profissionais médicos (59%) seguido dos profissionais da enfermagem (18,1%) com quem mais interagiram durante o internamento hospitalar; 86,3% apontando que sabem o que fazer quando estiverem de alta hospitalar e sentirem que estão ficando doentes. No que diz respeito a a principal apoiadora na ajuda nos

cuidados com a saúde relacionadas a vivência com o HIV, a família é mencionada por 68,1% dos entrevistados.

Homens hospitalizados em vivência da aids ainda enfrentam dificuldades significativas em mobilizar redes de apoio efetivas para a gestão do cuidado com a saúde. Os dados sugerem que 31,8% dos pacientes não contam com suporte social ou familiar para os cuidados de saúde, o que demonstra vulnerabilidade no automanejo da doença. A família é a principal fonte de apoio para 68,1% dos pacientes, mas estigmas associados ao HIV ainda representam uma barreira significativa. A discriminação pode levar ao isolamento social e prejudicar o enfrentamento da condição.

As admissões dos participantes do estudo foram em decorrência de infecções oportunistas, predominantemente com distúrbios gastrointestinais, respiratórios (tuberculose e pneumonias), oncológicos (sarcoma de kaposi), genitourinários, proctológicos, hematológicos (anemias e pancitopenia), otológicos, lesões dermatológicas e de mucosas, lesão neurológica com *déficit* motor e cognitivo, infecções oftalmológicas, (deficiência visual unilateral ou bilateral), entre outras doenças causadas por vírus, bactérias e protozoários. Além disso, muitos apresentam comorbidades como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, entre outras.

Acerca dos resultados quantitativos, relacionados aos domínios 2, 3, 4, 6 e 9 do HLQ, observou-se que 59% dos participantes concordaram que possuem informações suficientes para cuidar de sua saúde, 63,6% afirmaram cuidar ativamente da saúde, 81,8% relataram não ter suporte social para o cuidado com a saúde, 81,8% demonstraram capacidade de interagir com profissionais de saúde e 68,1% referem dificuldade para entender bem as informações de saúde.

Em termos qualitativos, os participantes do estudo demonstraram características como a de optar por não compartilhar o diagnóstico com membros familiares, com destaque para mães, pais e companheira(o), viver sozinho e sem relação conjugal e/ou familiar, em razão de buscar manter sigilo do diagnóstico do HIV. Contudo, manifestaram danos à saúde mental em razão do isolamento e de ganhos na continuidade do tratamento quando há a participação familiar. Acrescentaram também ter compreensão de determinadas escolhas propensas a riscos em relação ao comportamento sexual e que alguns comportamentos podem acarretar em Infecções Sexualmente Transmissíveis, contaminação da parceria afetivo-sexual e a transmissão do HIV de forma congênita, mas segue relacionado com o desconhecimento de outras estratégias profiláticas e cuja práticas de cuidado da saúde estiveram mais voltadas ao uso contínuo de medicamentos,

que se confunde quando o homem apresenta outras comorbidades que também demandam o uso de medicamentos de forma contínua.

O uso de substâncias psicoativas apareceu como sendo um impeditivo para seguir a manutenção do tratamento e manifestaram a necessidade de melhoria na interação entre o paciente e a equipe de saúde, com destaque para as do campo da enfermagem, percebendo a maior vinculação com os profissionais da medicina.

4.3 ATRIBUTOS QUALITATIVOS

A seguir é apresentada a tematização dos achados de natureza qualitativa, os quais expressam a explicação do grau de LS dos homens em internamento hospitalar decorrentes da aids. O quadro 4, ressalta aspectos relacionados as escalas 2, 6 e 9 do HLQ, trazendo informações sobre a suficiência das informações relacionadas à saúde e a capacidade dos homens pesquisados de interagir ativamente junto aos profissionais de saúde que têm acesso.

Quadro 4 - Tematização reflexiva dos dados. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.

Tematização reflexiva dos dados - busca por informações: Há suficiência para o automanejo da aids?		
Códigos:	Temas Iniciais:	Geradores Conteúdo:
Código 01: Acesso via Internet Código 02: Internet como principal fonte de busca	Obtenção de informações sobre a sua saúde	[...] <i>tenho acesso às informações pela Internet, a qual tem sido a principal fonte onde em busco.</i> H01; [...] <i>eu busco ter informações sobre a minha saúde pesquisando. Faço uma pesquisa do que necessito no momento. Antes de ir a um profissional de saúde eu estudo sobre o que pode ser ou o que posso estar tendo.</i> H04; [...] <i>busco informações utilizando o celular, assistindo notícias na televisão. Além disso, pergunto à médica que me acompanha no ambulatório especializado.</i> H12.

Código 01: Matéria em revista científica	Tipos de fontes de informações relacionadas	[...] há uns 35 anos atrás eu li uma matéria em uma revista científica que dizia: “estamos a 1% da cura”. H04; [...] os médicos me dizem o que eu tenho que fazer e eu realizo. Eles têm todas as informações a meu respeito. H07; [...] li artigos científicos sobre o tema, assisti vídeos com médicos explicando sobre a aids no Youtube. H09; [...] prefiro buscar por informações no serviço especializado onde sou acompanhado pois é mais seguro para retirar as minhas dúvidas do que conversar com qualquer pessoa. Todas as dúvidas eu retiro no dia em que
Código 02: Profissionais médicos	à saúde	
Código 03: Artigos científicos		
Código 04: Vídeos no Youtube™		
Código 05: Uso do aparelho celular		
Código 06: Notícias na televisão		sou atendido pela médica. H12; [...] para ter informações sobre a minha saúde eu consigo quando estou no serviço de saúde especializado onde sou acompanhado. Lá tratam do assunto, fazem palestras. H22;

Código 01: Descoberta do diagnóstico do HIV	A descoberta do diagnóstico do HIV como mobilizador na busca por informações relacionadas à saúde	[...] quando eu descobri que estava com o HIV foi um “baque”, pois como eu tinha um certo entendimento em letramento acerca do HIV, então eu já sabia como se contrai o vírus. A partir daquele momento eu pensei: “vou precisar ficar em uma bolha de informações”, vou buscar as últimas informações acerca do tratamento, saber sobre o médico que faria o meu acompanhamento. Então, foi um período em que eu busquei muita informação sobre o tema. H05; [...] eu estudei e procurei saber informações sobre o HIV e a aids. Como já possuía um conhecimento sobre o assunto não foi o fim do mundo descobri que estava com o diagnóstico. H09 [...] eu descobri que estava com o HIV faz pouco tempo, fiquei surpreso. Toda informação mais ampla eu estou buscando agora, tentando assimilar aos poucos, para que eu possa me cuidar, afinal, ninguém está “escape”. Antes eu não tinha informação, soube agora pelos profissionais de saúde. H10.
--	---	---

<p>Código 01: Acordos entre entidades internacionais</p> <p>Código 02: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Código 03: Possível cura do HIV como foco da informação</p> <p>Código 04: Aulas na faculdade</p>	<p>Conhecimento de fontes de informações relacionadas à saúde</p>	<p>[...] eu sei que houve um acordo da Organização Mundial da Saúde junto às demais instituições na busca por uma possível cura do HIV. H01; [...] acesso à informações repassadas em aulas na faculdade. H09</p>
<p>Código 01: Vacinas como tema de busca</p> <p>Código 02: Busca por atualizações</p> <p>Código 03: Tratamento do HIV como tema de interesse</p> <p>Código 04: Uso dos medicamentos como foco restritivo/limitado na busca por informações em saúde</p> <p>Código 05: Interesse pelo significado da sigla B24</p>	<p>Temas de interesse na busca pelas informações relacionadas à saúde</p>	<p>[...] eu tenho buscado por informações relacionadas à vacinas, a fim de saber se há alguma atualização ou outra forma de tratamento para o HIV. H01; [...] o meu foco é buscar saber sobre o remédio que eu tenho que tomar, o que o médico passou. H02; [...] eu busco focar na continuidade do tratamento, do que é preciso fazer, tomar o medicamento. H04; [...] tive a curiosidade em saber o que significava a sigla B24. Além disso, as minhas maiores dúvidas são em relação ao tempo que eu vou necessitar ficar internado no hospital, para que ser os medicamentos que estou fazendo uso. H08; [...] quando assisto vídeos sobre o assunto eu procuro por profissionais médicos explicando e foi quando descobri que o HIV e a aids não são a mesma coisa. Busco principalmente por</p>
		<p>informações sobre tratamento H09; [...] desejo saber como faço para ter direito à benefício financeiro decorrente da doença. H10;</p>

<p>Código 01: Ausência de necessidades de busca por informações</p>	<p>Percepção de que as informações relacionadas à saúde são suficientes</p>	<p>[...] eu não tenho necessidade de buscar por informações sobre a minha saúde. não tenho nenhuma dúvida, está tudo ótimo. H02; [...] eu tenho tido retorno das informações que busco com os profissionais de saúde. Estou satisfeito. H08; [...] acredito que só depois que eu tive o diagnóstico do HIV que eu fui ter mais informações do que se tratava e do que significava a aids, pois tive mais acesso à informação e passei a estudar sobre o assunto. A vivência da internação reduziu as minhas dúvidas sobre esse assunto. H09; [...] eu não tenho dúvida nenhuma porque a médica que me acompanha me informa o que estou passando, como no caso da tuberculose pulmonar. Ela me explica tudo sobre o HIV, sobre o coquetel de medicamentos necessários e sobre a minha expectativa de vida. H11.</p>
<p>Código 02: Não ter dúvidas sobre a sua própria saúde</p> <p>Código 03: Autoavaliação de saúde enquanto ótima</p>	<p>Percepção acerca das pesquisas enquanto acesso à informações</p>	<p>[...] agora eu estou passando uma pesquisa e fico me questionando...há quanto tempo de pesquisa vem acontecendo e a gente só vem sendo usado como dados? Eu não tenho pesquisado para saber quais são os</p>

e participação em pesquisas sobre HIV/Aids		<i>resultados, se essas pesquisas estão sendo eficazes ou não. H01</i>
<p>Código 03:</p> <p>Questionamentos acerca da integridade da pesquisa</p> <p>Código 04:</p> <p>Percepção de prolongamento temporal nas pesquisas sobre HIV/Aids</p> <p>Código 05: Escassez de informações acerca dos resultados das pesquisas sobre HIV/Aids</p>		
Código 01: Interesse de informações	Interesse e/ou desinteresse pela prática de pesquisar informações relacionadas à saúde no contexto do HIV/aids	<i>[...] eu costumo pesquisar a fundo as informações relacionadas ao HIV, me interesse em saber. H01; [...] confesso que não tenho procurado informações sobre o HIV, eu não tenho pesquisado sobre o tema. H03; [...] eu não procuro com frequência nem busco o aprofundamento das informações relacionadas ao HIV, pois acredito que</i>

		<i>esse é um problema que vai sempre existir, pois parece que não saímos do 1% em relação à cura do HIV e não</i>
		<i>conseguirão chegar aos 100%, o que parece não ser favorável ter a cura. Então, não vale a pena buscar por tanta informação, pois se eu falar só vai gerar receita para os cofres das potências que lucram com o HIV. H04.</i>

<p>Código 01: Dar atenção à temas geradores de expectativas futuras</p> <p>Código 02: Transplantes de células-tronco</p> <p>Código 03: Transfusão de hemocomponentes</p> <p>Código 04: Diminuição do sentimento de tristeza ao ser informado sobre o prognóstico da doença</p> <p>Código 05: Diálogo com profissional médico visto como motivador de criação de expectativas de vida futura</p>	<p>Expectativas na busca por informações relacionadas à saúde</p>	<p>[...] <i>desejo ser informado para poder me cuidar, levar uma vida normal, como me disseram. H10; [...] pelo fato de ter sido bem informado pela médica eu não fiquei mais triste, passei a ter esperança de viver e tenho 24 anos e graças a Deus eu estou vivo. H11.</i></p>
---	---	---

Código 06: Manifestação de esperança de viver		
Código 07: Prolongamento da vida convivendo com o vírus HIV		

Código 01: Continuidade do tratamento	Conhecimentos apreendidos a partir da busca por informações relacionadas à saúde e fragilidades	[...] a primeira coisa que eu aprendi que preciso fazer é continuar com o tratamento, fazer o uso do remédio e não parar. H02; [...] passei a ter mais conhecimento quanto tive problemas de saúde como o aparecimento de uma hemorroida, dificultando a minha evacuação. Com isso, eu tenho que comer frutas e evitar alguns alimentos, algo que aprendi com outras pessoas. H03; [...] eu não tenho conhecimento se há diferença entre o HIV e a aids, para mim é a mesma coisa, a mesma doença. H08; [...] aprendi que se eu realizar o tratamento correto o HIV fica indetectável. H09; [...] já aprendi que preciso tomar o remédio de forma correta, todos os dias e que eu preciso me cuidar. É isso que importa. H10; [...] no início foi difícil para eu aprender, mas os profissionais de saúde me ajudaram muito e hoje eu percebo como foi importante para o meu cuidado. H12; [...] eu não estava realizando o tratamento de forma totalmente correta. Às vezes tomava o medicamento, outras
Código 02: uso dos medicamentos		
Código 03: Não interrupção do tratamento		
Código 04: Aprendizado sobre hábitos saudáveis		
Código 05: Aprendizado advindo do contato com outras pessoas		
Código 06: HIV e aids como sendo a mesma coisa		
Código 07: Realização do tratamento implica		

em HIV indetectável		<i>não chegava até anotar no papel para não esquecer de tomar o medicamento. H02;</i>
Código 08: Uso dos medicamentos corretamente		
Código 09: Necessidade de cuidar da saúde		
Código 10: Percepção de ganhos para o bem- estar após ter sido informado e aprendido		

<p>Código 01: Não entendimento total das explicações e orientações dos profissionais de saúde</p>	<p>Facilidades e barreiras para lidar com informações relacionadas à saúde</p>	<p>[...] <i>não lembro ao certo os nomes dos medicamentos que eu faço uso. Um deles é para o tratamento da tuberculose. Esse é um assunto que eu esqueço, tenho dificuldades, só consigo lembrar se estiver anotado num papel, mas consigo ler e identificar quais são os medicamentos que estão prescritos.</i> H02; [...]</p>
<p>Código 02: Percepção que as pessoas estão o observando</p>		<p>[...] <i>confesso que estou com tanta raiva da minha situação que eu busco esquecer essa doença que tenho, não gosto de pensar sobre ela e por isso eu evito buscar informações a respeito</i></p>
<p>Código 03: Observação e escuta sem a realização de perguntas na interação com os profissionais de saúde</p>		<p>[...] <i>o fato de estar doente e internado, com risco de perder o trabalho e ficar sem o sustento, tenho custos para pagar e não recebo auxílio financeiro, o que atrapalha na minha compreensão das informações que</i></p>

<p>Código 04:</p> <p>Sentimento de vergonha ao relatar sobre a condição de saúde</p>		<p><i>são repassadas aqui no hospital, não consigo me concentrar. H03; [...] eu me sinto desacreditado sobre informações relacionadas ao HIV. Para mim essa questão gera uma máquina de dinheiro, eles não vão acabar com a doença pois vai retirar uma renda bilionária. H04; [...] o receio e o medo prejudicam muito a busca por informações sobre o HIV e a aids, pois há informações positivas, mas também muitas informações negativas sobre o tema e isso às vezes me deixava assustado. Buscava procurando por uma informação e acabava caindo no fundo de um poço profundo. Eu acabei bloqueando a minha mente para não buscar qualquer tipo de informação. H05; [...] mesmo estudando sobre o tema eu ainda tenho muitas dúvidas, não compreendo os termos, como ocorre a progressão da aids e o que provoca a infecção pelo vírus HIV. H09; [...] confesso que só entendia uma parte do que os profissionais de saúde explicavam, sem fazer perguntas, só observando e escutando, pois geralmente ficam muitas pessoas por perto escutando. Na recepção fica uma plateia e eu fico com vergonha, não quero que saibam. H22.</i></p>
<p>Código 05:</p> <p>Recepção vista como plateia</p>		
<p>Código 06:</p> <p>Persistência de dúvidas sobre o HIV e a aids</p>		
<p>Código 07:</p> <p>Dificuldade para compreender termos técnicos</p>		
<p>Código 08: Dúvidas relacionadas ao processo de infeccioso provocado pelo HIV e a progressividade da aids</p>		
<p>Código 09:</p> <p>Esquecimento dos nomes e das indicações dos medicamentos</p>		

Código	10:		
Dificuldade	para		

<p>recordar da utilização dos medicamentos regularmente</p> <p>Código 11:</p> <p>Dificuldades na compreensão da prescrição medicamentosa</p> <p>Código 12:</p> <p>Tentativa de evitação de informações sobre a doença para não recordar memórias desagradáveis</p> <p>Código 13:</p> <p>Vulnerabilidades socioeconômicas como dificultadoras do aprendizado em saúde durante o internamento hospitalar</p> <p>Código 14:</p> <p>Dificuldade para manter a concentração na</p>		
---	--	--

obtenção de informações relacionadas à saúde		
--	--	--

Código 01: Gênero e relação com cuidado em saúde	Especificidades de gênero na relação com o aprendizado da saúde	[...] <i>as mulheres são mais reservadas, mais delicadas, nós homens não, trabalhamos, passamos em um barzinho antes de chegar em casa para tomar uma cervejinha e muitas vezes esquecemos de tomar o remédio. A mulher não esquece, tem tudo organizado, faz tudo certo.</i> H07.
<p>Código 01: Percepção positiva da atuação dos profissionais de saúde e da higienização que atuam na área hospitalar</p> <p>Código 02: Valorização da explicação da eficácia do uso de medicamentos</p> <p>Código 03: A interação com médico diante da vivência de complicações geradas pela aids promove benefícios</p>	Potencialidades na interação com profissionais de saúde	<p>[...] <i>tenho boa relação com os profissionais de saúde, especialmente, os do hospital. O atendimento é ótimo, todos me tratam bem, são legais, assim como os profissionais da higienização.</i> H07; [...] <i>ao ser informado sobre a melhoria da minha situação diante da necessidade do uso dos medicamentos eu percebi o resultado positivo depois de usá-los.</i> H08; [...] <i>eu vivo com o vírus do HIV e recebi o diagnóstico de linfoma. Diante disso o médico veio conversar comigo sobre a minha situação, sobre as chances de cura e a alta hospitalar e isso foi muito importante, me trouxe alívio e reduziu o meu temor.</i> H09</p>

Código 01: Interação com profissionais de	Estratégias para melhorar a interação	[...] <i>eu nunca falo tudo o que estou sentindo ou enfrentando para os profissionais clínicos gerais como os</i>
saúde não especialistas	com os profissionais de saúde	<i>médicos, os enfermeiros da triagem, geralmente, eles não sabem, não tem conhecimento sobre a minha condição de saúde. ficam em busca de sintomas, não possuem conhecimento de que mesmo tendo aids posso estar assintomático. Isso ocorre principalmente quando vou a um serviço de emergência. H04; [...] confesso que não me sinto seguro com muitos profissionais de saúde. Antes de me consultar, eu visito a unidade de saúde, peço para conhecer ou saber mais informações sobre os profissionais de saúde e estudei sobre o que eu poderia estar sentindo, a fim de checar qual seria o retorno dado pelo profissional de saúde, buscando entender melhor o que eu precisava, ao invés de já chegar solicitando algo [...] há momentos que faço pergunta aos profissionais mesmo já sabendo a resposta, a fim de ver o grau de conhecimento e avaliá-lo também.</i> H04;
Código 02: fragilidades na interação com profissionais de saúde		

Código 01: relação com profissionais de saúde	Anseios e expectativas para com os profissionais de saúde	<i>[...] eu costumo checar que o profissional é qualificado, se possui conhecimento sobre o HIV, pois já passei por situações com profissionais médicos que não sabiam responder às minhas perguntas e como eu já tenho muitos anos vivendo com o HIV eu já tenho conhecimento. H04; [...] tenho o desejo de ter confiança na relação com os profissionais de saúde, que mantenham o sigilo, que saibam passar de maneira adequada e positiva as</i>
		<i>informações, evitando negatividade. Que saibam me acompanhar, retirar dúvidas e me tratar de forma individualizada, pois cada indivíduo tem a sua particularidade H05.</i>

Fonte: Elaboração própria, 2025.

O quadro 5, ressalta aspectos relacionados as escalas 3 e 4 do HLQ, trazendo informações sobre a suficiência das informações relacionadas ao suporte social e implicações na tomada de decisão para o cuidado ativo da saúde.

Quadro 5 - Tematização Reflexiva dos dados. Salvador, Bahia, Brasil, 2025.

Tematização Reflexiva dos dados - o suporte social encontrado contribui com a tomada de decisão eficaz e segura em saúde?		
Códigos:	Temas Geradores Iniciais:	Conteúdo:
<p>Código 01: A mãe como apoiadora no acompanhamento da internação hospitalar e da interação com os profissionais de saúde na busca por informações</p> <p>Código 02: Namorada como alguém de confiança em que se pode contar com o apoio</p> <p>Código 03: Falecimento dos pais</p> <p>Código 04: Fragilidades na relação de vínculos com irmãos</p>	<p>Configuração do suporte social</p>	<p><i>[...] a minha mãe tem estado comigo durante a internação e também faz perguntas aos médicos. Além disso, eu conto com o apoio da minha esposa e do meu pai. H08; [...] atualmente eu tenho a minha namorada com quem participo sobre as minhas necessidades de saúde. Ela está me dando apoio. É de confiança e sei que posso contar. Os meus pais já faleceram e eu não posso contar com o apoio dos meus irmãos. H10.</i></p>

Código 01: Centros de Atenção Psicossocial	Pontos de apoio para o Letramento em Saúde	[...] <i>já necessitei buscar pelo Centros de Atenção Psicossocial ou quando necessito ir à uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. H04; [...] precisei</i>
Código 02: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Código 03: Serviço Especializado Código 04: Hospitais		<i>ir à uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e lá fizeram o teste e deu positivo. H09; [...] por conta de complicações pulmonares causadas pela doença eu necessitei ficar internado na Unidade de Terapia Intensiva. H11; [...] eu costumo passar no serviço especializado para pessoas vivendo com HIV, hospitais. H22.</i>

Código 01: Profissionais que atuam em laboratórios	Profissionais de saúde acessados na busca por apoio profissional	<p>[...] tive que contar com os profissionais do laboratório para a realização de exames, pois são muitos que necessito fazer durante os meses do ano. H03; [...] já necessitei buscar por assistentes sociais, psicólogos, médicos psiquiatras e infectologista a fim de começar e manter o meu tratamento. H04; [...] eu converso sobre informações relacionadas à minha saúde com a enfermeira e a assistente social, com quem estabeleço um diálogo. H05; [...] eu procuro pelos médicos e eles sabem sobre a minha rotina de saúde, sabem o que eu tenho como condição de saúde. H07; [...] certa vez um Técnico de Enfermagem trouxe o medicamento para eu tomar e me explicou para o que servia. H08; [...] tenho lidado com os médicos pois são eles com quem devo conversar. Eles estudaram sobre o assunto e entendem o que eu preciso. H10.</p>
Código 02: Assistentes Sociais		
Código 03: Médico Psiquiatra		
Código 04: Médico Infectologista		
Código 05: Busca por profissionais de saúde para início e manutenção do tratamento		
Código 06: Técnico de Enfermagem		
Código 07: Enfermeira		

Código 01: Sentir-se amado	Oportunidades de fortalecimento do suporte social e a tomada de decisão em saúde	[...] <i>eu me sinto amado, a minha família me ajuda e me apoia, principalmente, em situações relacionadas à manutenção do tratamento. Quando eu não consigo ir buscar os medicamentos, a minha irmã faz isso por mim.</i> H11.
Código 02: Família apoiadora		
Código 03: Apoio à manutenção do tratamento e suporte no acesso aos medicamentos		
Código 04: Irmã enquanto apoiadora		

Código 01: Sigilo do diagnóstico	Ameaças ao suporte social	<p>[...] enquanto paciente eu necessito estabelecer confiança com os profissionais de saúde, percebendo que há conhecimento no que está sendo feito comigo e com a minha saúde. Que estudam e se dedicam ao cuidado, baseando-se no conhecimento da minha condição de saúde e no que é bom para mim. H05; [...] não troco informações sobre a minha situação de saúde com pessoas externas que não sejam especialistas na área de saúde. Guardo o que estou passando e não consigo compartilhar com outras pessoas. H08; [...] ainda não dividi com ninguém sobre a minha situação de saúde, tenho receios, pois é uma situação difícil. H10; [...] não conto com muitos apoios pois temo pela discriminação. Muitas pessoas sofrem</p>
		<p>discriminação por viver com o HIV e por isso eu não conto que tenho essa condição, inclusive, vinda também de alguns profissionais de saúde. A discriminação me gera medo pois ainda há muitas pessoas que discriminam. H12.</p>

Código 01: Insegurança para tomar decisões em saúde	Autogestão ineficaz da saúde	[...] <i>passsei por cinco meses internado no hospitalar e acabei sendo internado por falta de comprometimento com a minha própria saúde. H07; [...] ainda tenho dúvidas de como vai ficar a minha vida e a minha saúde, o que devo fazer quando essas dúvidas aparecerem e eu não estiver mais no hospital, sem os profissionais de saúde por perto. H10</i>
--	---------------------------------	---

Fonte: Elaboração própria, 2025.

4.4 INTEGRAÇÃO DOS DADOS

A partir deste momento, foram analisadas e descritas as semelhanças e diferenças entre os dados quantitativos e qualitativos, permitindo a obtenção de resultados complementares. A articulação entre esses elementos foi essencial para uma compreensão mais aprofundada do fenômeno estudado, possibilitando a convergência e o contraste das perspectivas dos participantes por meio de dois processos de combinação dos dados. Isso evidenciou como a integração das informações quantitativas e qualitativas contribuiu para a construção de um conhecimento mais sólido e detalhado sobre o tema investigado.

4.4.1 Convergências

Não foi identificada convergência entre as respostas da etapa quantitativa da escala 2 (Informações suficientes para cuidar da saúde) e os achados da etapa qualitativa da questão 55 ("Conte-me como o senhor faz para obter informações sobre sua saúde"), enquanto 59% dos participantes afirmaram possuir informações adequadas para o autocuidado, na questão 55 ("Conte-me como o senhor faz para obter informações sobre sua saúde"), observou-se um cenário de insuficiência de informações. Por outro lado, houve convergência na questão 56 ("Fale-me o quão satisfeito o senhor está com as informações em saúde que encontrou até este momento"), uma vez que a maioria dos entrevistados relatou satisfação com as orientações

recebidas dos profissionais da unidade de internamento.

Na escala 3 (Cuidado ativo da saúde), 63,6% dos participantes afirmaram adotar uma postura ativa no cuidado com a própria saúde. No entanto, na questão 57 ("Descreva-me como o senhor cuida da sua saúde"), a análise qualitativa não revelou convergência com esses dados. A maioria dos relatos indicou que o cuidado ativo se restringe, principalmente, ao uso regular de antirretrovirais e ao comparecimento às consultas com médicos infectologistas, sem a adoção de outras práticas preventivas ou de promoção à saúde.

Na escala 4 (Suporte social para a saúde), 81,8% relataram não contar com apoio. A análise qualitativa confirmou essa tendência, especialmente na questão 60 ("Fale-me sobre a presença e participação de outras pessoas no cuidado da sua saúde"), onde os relatos indicaram que o envolvimento se define na preservação do sigilo profissional do diagnóstico de HIV. Da mesma forma, na questão 61 ("Como o senhor percebe o apoio dos membros da sua família no cuidado da sua saúde?"), a maioria afirmou não ter suporte familiar ou rede de apoio. Quando presente, o suporte se restringe ao acompanhamento em consultas, sendo poucos os casos em que há envolvimento ativo nos cuidados diários. Existiu convergência nas relações entre os resultados dos dados quantitativos e qualitativos referentes a raça, faixa etária e uso de substâncias lícitas e ilícitas, o que se alinha aos 54,5% que moram sozinhos e 45,4% que não têm parceria afetivo-sexual atual. A faixa etária e a raça desempenham um papel significativo na busca e obtenção de uma rede de apoio social e familiar no contexto do cuidado com o HIV. Homens mais velhos, por exemplo, podem enfrentar barreiras relacionadas à aceitação e compreensão do diagnóstico, além de uma possível dificuldade em acessar ou solicitar apoio devido a estigmas associados à doença ou à geração de pertencimento em comunidades mais conservadoras. Já a raça pode influenciar na disponibilidade e no tipo de rede de apoio, uma vez que fatores socioculturais e históricos de marginalização podem impactar as oportunidades de apoio social, seja por desinformação, discriminação ou falta de recursos em determinadas comunidades. Assim, tanto a idade quanto a raça moldam a forma como esses homens lidam com o diagnóstico, podendo facilitar ou dificultar o acesso a redes de apoio que são cruciais para o manejo do HIV e para o fortalecimento emocional ao longo do tratamento.

O combate ao estigma é essencial para promover a aceitação e a integração dessas pessoas nas redes sociais e profissionais. Além disso, a atenção à saúde mental é frequentemente desconsiderada em diversos níveis de cuidado, priorizando-se, em geral, a recuperação clínica. O número reduzido de registros de intervenções psicológicas durante a hospitalização, indica a necessidade de mais serviços de suporte emocional. Os auxílios

governamentais também são limitados e se tornam uma preocupação para esses pacientes, pois somente 9% recebem algum tipo de assistência financeira, expondo a vulnerabilidade socioeconômica dessa população.

Na escala 6, 81,8% dos participantes afirmaram conseguir se comunicar com os profissionais de saúde. Essa informação foi confirmada na questão 58 ("Conte-me como o senhor faz para ter acesso e conversar sobre sua condição com os profissionais de saúde"). Os relatos indicaram que a interação com os profissionais ocorre de forma acessível, porém, está limitada principalmente aos médicos, sem a mesma facilidade com outros profissionais da equipe de saúde. A relação com profissionais de saúde é vista como positiva por 81,8% dos pacientes consideram as interações discretas e respeitadas, promovendo maior confiança no sistema de saúde terciário.

Na escala 9 (Compreender as informações de saúde), 68,1% dos participantes afirmaram ter dificuldade em entender essas informações. Isso foi confirmado na questão 59 ("Aponte-me o que o senhor faz para entender informações escritas dos profissionais de saúde"), onde a maioria relatou dificuldade, especialmente com bulas de medicamentos e formulários de saúde. Além disso, na questão 62 ("Descreva o que o senhor sabe sobre HIV e AIDS"), muitos participantes não souberam diferenciar os dois termos.

4.4.2 Divergências

A seguir, são apresentadas as discordâncias identificadas na comparação entre os dados quantitativos e qualitativos, bem como as divergências observadas nas porcentagens das respostas de questões obtidas na análise quantitativa. Essas inconsistências foram examinadas de forma criteriosa, contribuindo para uma interpretação mais abrangente dos achados da pesquisa.

Na escala 2 (Informações suficientes para cuidar da saúde), 59% dos participantes afirmaram ter informações adequadas. No entanto, divergências foram identificadas em outras questões quantitativas, onde muitos desses indivíduos não tinham informações adequadas sobre essas estratégias preventivas o que aponta o baixo letramento em saúde em muitos pacientes, evidenciado pelo desconhecimento sobre profilaxias como PrEP e PEP (72,7%) e e Doxy-PEP (100%), o que contribui para a manutenção de práticas de exposição ao risco e maior vulnerabilidade à reinfecção e à transmissão do vírus. Ao analisar a complementariedade qualitativa das informações referentes à escala, percebe-se que, apesar do bom nível de escolaridade e da afirmação de compreender e possuir informações

adequadas para o autocuidado, os temas de maior interesse entre os homens que vivem com HIV/aids estão relacionados aos avanços científicos sobre a cura da doença, vacinas, efeitos adversos da terapia antirretroviral e apoio financeiro governamental. Apesar disso, na questão sobre satisfação com as informações em saúde, a maioria dos entrevistados relatou estar satisfeita com o que sabe. Tal lacuna limita a capacidade de automanejo e aumenta o risco de falhas terapêuticas.

Na etapa quantitativa da escala 3, foram identificadas contradições entre as próprias respostas. Embora 63,6% dos participantes tenham afirmado cuidar ativamente da saúde (Escala 3), outros dados sugerem vulnerabilidades significativas. Muitos não possuíam renda (36,3%), não recebiam auxílio governamental (90,9%) e tinham baixa inserção no mercado de trabalho. Na análise qualitativa (Questão 57 – "Descreva-me como o senhor cuida da sua saúde"), observou-se que o autocuidado estava majoritariamente restrito à tomada da medicação antirretroviral, consultas com infectologistas e acompanhamento em centros de atenção secundária. Quando surgiam sintomas, a busca por atendimento concentrava-se em serviços de atenção terciária. Não foi observada uma abordagem mais ampla que complete outros aspectos essenciais para o bem-estar desses indivíduos, seja por limitações no LS, seja pela centralização do cuidado em especialistas que priorizam o tratamento antirretroviral em detrimento da educação em prevenção combinada.

Observou-se que o uso de substâncias psicoativas e a dependência química comprometem a adesão ao tratamento, dificultando o seguimento adequado da terapia e aumentando o risco de falhas terapêuticas. Além disso, a ausência de sinais e sintomas em muitos casos leva à falsa sensação de controle da doença, resultando na negligência do acompanhamento médico e no descuido com outras práticas de prevenção e promoção. A existência de comorbidades, como hipertensão, diabetes e infecções oportunistas, também pode ser subestimada, uma vez que o foco principal tende a estar na carga viral e no uso da medicação, em detrimento de um cuidado integral.

Fatores psicológicos e sociais exercem grande influência na forma como esses homens lidam com a própria saúde. O medo do estigma e da discriminação podem levá-los a evitar consultas médicas e exames de rotina, especialmente em serviços de saúde onde temem a exposição de seu diagnóstico. A negação da condição sorológica é outro obstáculo relevante, pois impede o engajamento no tratamento e a adoção de medidas preventivas.

Além disso, o não uso do preservativo é um comportamento frequente entre esses homens, seja por desinformação, seja por crenças equivocadas de que, com a terapia antirretroviral, não há mais necessidade de proteção. A falta de orientação contínua e

acessível sobre essas profilaxias reforça lacunas no cuidado e evidencia a necessidade de abordagens educativas que ampliem o conhecimento e promovam a adoção de práticas preventivas mais eficazes.

O tratamento e cuidado ainda se concentram em unidades especializadas, com poucos esforços para descentralizar a atenção para unidades básicas de saúde. Essa dependência dificulta a adesão ao tratamento e limita a autonomia dos pacientes.

Na etapa quantitativa, 81,82% dos participantes afirmaram não ter suporte social (Escala 4), o que se contrapõe aos 68,1% que afirmaram receber algum apoio da família no cuidado com a saúde. Já na etapa qualitativa, percebe-se que a jornada de cuidados com o HIV é, para a maioria, solitária e sigilosa, mesmo em relação a familiares próximos, como companheiros, pais e irmãos. Alguns relataram contar com apoio da família e parceiros, porém esse suporte geralmente se restringe ao sigilo do diagnóstico. No dia a dia, o principal suporte vem dos profissionais de saúde. Quando há envolvimento familiar nos cuidados relacionados ao HIV, os participantes relatam sentimentos de alívio, segurança e motivação para seguir o tratamento.

As respostas qualitativas trouxeram relatos da limitação da família desse cuidado até o ponto do sigilo do diagnóstico desses homens, que optaram por manter o diagnóstico oculto dentro do âmbito familiar por temer a discriminação e o estigma relacionados à doença por membros da própria família. Esse receio está frequentemente ligado ao medo de associarem o HIV à orientação sexual e a determinadas práticas com maior potencial de transmissão do HIV, o que pode gerar rejeição e preconceito. O medo do julgamento leva muitos a evitarem conversas sobre sua condição, dificultando ainda mais a construção de uma rede de apoio eficaz. Essa barreira impõe desafios adicionais para o cuidado, pois impede que a família ofereça o suporte necessário para a adesão ao tratamento e o enfrentamento dos desafios diários da doença. Portanto, estratégias que incentivem a sensibilização da sociedade e a desconstrução de estereótipos são fundamentais para que esses homens possam contar com o apoio de seus círculos mais próximos sem medo de discriminação.

Observa-se a presença de um ou dois membros da família no cuidado durante o processo de hospitalização, porém desconhecem o diagnóstico de base do internamento, que é diagnóstico sigiloso conforme a vontade do paciente. Embora o sigilo seja um direito do paciente, a falta de transparência pode limitar o apoio emocional e prático que a família poderia fornecer, dificultando a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, tornando essencial que os serviços de saúde ofereçam abordagens que respeitem a privacidade do paciente, mas também incentivem estratégias para fortalecer o suporte social de maneira

segura e acolhedora.

Então a percepção de apoio familiar pode ser equivocada quando o cuidado prestado se restringe a aspectos gerais da hospitalização, sem considerar as necessidades específicas do paciente vivendo com HIV/aids. Quando os familiares desconhecem o diagnóstico de base, o suporte oferecido tende a ser limitado, pois não abrange aspectos essenciais, como incentivo à adesão ao tratamento, acompanhamento de consultas e suporte emocional direcionado. Essa falta de conhecimento pode impactar negativamente a motivação do paciente para o autocuidado, aumentando a sensação de isolamento e dificultando o enfrentamento da condição.

Sobre a capacidade de interagir com profissionais de saúde (Escala 6), 81,8% dos participantes relataram ter facilidade nessa comunicação. No entanto, essa interação ocorre principalmente com a equipe médica, sem a mesma abertura para outros profissionais da saúde, onde destacaram sentir-se desconfortáveis em buscar informações ou solicitar auxílio a profissionais não especialistas e em unidades básicas de saúde. Na análise qualitativa (Questão 58 – "Conte-me como o senhor faz para ter acesso e conversar sobre sua condição com os profissionais de saúde"), a maioria afirmou conseguir se comunicar bem, mas a interação se limita aos médicos, sem buscar ou receber o mesmo suporte de outros profissionais da equipe multiprofissional, como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

A atenção multidisciplinar nos primeiros momentos do diagnóstico é essencial para o acolhimento. Serviços como assistência social e nutrição foram amplamente ofertados (95,4% a 100%), o que impactou positivamente o bem-estar geral dos pacientes.

Na análise da escala 9 (Compreender as informações de saúde), 68,1% dos participantes afirmaram não compreender as informações sobre saúde. Essa resposta gerou divergências entre as próprias questões quantitativas, como na questão 40, sobre o entendimento das informações passadas pelos profissionais da unidade de internação, onde 86,3% indicaram que compreendiam facilmente. Essa discrepância se contrasta com os resultados da questão qualitativa de número 62 ("Descreva o que o senhor sabe sobre HIV e aids"), em que a maioria dos participantes não soube explicar a diferença entre os termos e quando os homens relatam facilidade de entender o que os profissionais explicam, porém relatam dificuldades em compreender orientações escritas, como nome de medicamentos e informações de bulas, no entanto, quando as informações são explicadas verbalmente, a compreensão melhora.

Acredita-se que tal ocorrência possa estar relacionada ao fato de o diálogo dos profissionais de saúde tornou-se mais acessível por meio da adaptação das explicações ao nível

de conhecimento do paciente, porém quanto no quesito farmacêutico essa evolução não ocorreu simultaneamente, ou seja, a linguagem técnica complexa e falta de adaptação das explicações dos informes escritos ainda apresentam limitações e dificuldade de entendimento para os pacientes, ocasionando no comprometimento da adesão ao tratamento e confusão quanto às informações de efeitos e reações adversas.

Além disso, fatores como o estigma da doença, o medo do julgamento e o receio de perguntar por vergonha ou constrangimento podem dificultar ainda mais a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde. Portanto, é fundamental investir em estratégias que tornem a comunicação escrita mais clara e acessível, materiais ilustrativos e reforço verbal das informações.

5 DISCUSSÃO

Este estudo buscou investigar como se dá o Letramento em Saúde de homens para o automanejo da aids no contexto da hospitalização. Os achados apontaram para a relação com os marcadores sociais da diferença com os domínios do LS.

Foi observada uma busca pelo vínculo com profissionais de saúde, principalmente com médicos e profissionais da atenção secundária e terciária por uma maior confiabilidade no cuidado, atenção, interesse do profissional com o paciente. Isso se dá em decorrência da liberdade para falar sobre o diagnóstico sem se sentir discriminado ou julgado, atrelado a isso tem-se o fato de que os participantes atribuem ao médico especialista maior confiabilidade nos conhecimentos desse profissional para o manejo de sua saúde.

Em detrimento a isso, ocorre uma maior desvinculação com os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) onde poderiam encontrar uma maior disponibilidade dos cuidados imediatos dos sinais e sintomas no seu território. Com isso, quando se sentem adoecidos não procuram as unidades básicas de saúde e sim mais uma vez as unidades de atenção secundária ou terciária. Ademais, tem-se o tempo de espera para as consultas de acompanhamento na atenção secundária que possuem intervalos prolongados. A isso pode ser atrelado, em parte, a gravidade com que os homens chegam para o internamento.

Concomitante a isso, a noção de saúde comunitária pelos homens participantes deste estudo foi permeada por desconhecimento das ações em saúde realizadas nos territórios em que vivem, o que inclui aspectos como visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde, ações empregadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), busca- ativa, campanhas e ações de impacto em saúde, a exemplo das feiras, oferta de serviços de saúde nos bairros e outras. Tal achado pode ter relação com atributos relacionados à construção social das masculinidades, especialmente, aos modelos hegemônicos, que podem projetar a ideia de distanciamento do masculino do cuidado da saúde, assim como da menor aproximação ou do menor engajamento em ações comunitárias e/ou coletivas e cidadãs.

Nesse sentido, destaca-se um estudo que observou-se que os participantes com LS adequado relataram de forma mais recorrente comparecer às UBSs sempre ou frequentemente quando comparados àqueles com LS inadequado. A análise com base nos resultados da pesquisa e da literatura direcionam a hipótese de que o Letramento em Saúde dos adultos pode ser melhorado diante de ações educacionais, do estabelecimento do suporte longitudinal na atenção primária e da maior autonomia dos usuários das UBSs, da qualidade da interação entre estes usuários e trabalhadores da saúde, e também no contexto da inclusão do tema

letramento em saúde na formação e prática dos profissionais de saúde (Marques; Lemos, 2018).

Destarte, no decorrer do internamento, os homens relataram uma maior interação com os médicos, destacando a facilidade de acesso e a comunicação direta com esses profissionais. Essa relação foi considerada mais satisfatória, principalmente por proporcionar a oportunidade de discutir questões relacionadas à saúde e ao diagnóstico com mais liberdade. Por outro lado, a interação com a equipe de enfermagem foi descrita como menos frequente e, em alguns casos, de menor intensidade, o que pode ser atribuído à centralização das atividades da enfermagem em procedimentos técnicos essenciais para o cuidado imediato. Assim, a interação com a equipe de enfermagem acaba sendo mais pragmática e focada em ações clínicas do que em momentos de aconselhamento ou apoio emocional.

Uma possível explicação para essa diferença na interação entre médicos e enfermeiros pode estar relacionada ao alto volume de procedimentos e processos que a equipe de enfermagem deve executar ao longo de suas jornadas de trabalho. Esse ritmo acelerado, aliado à necessidade de manter a eficiência na realização de tarefas técnicas, pode limitar o tempo disponível para conversar com os pacientes e oferecer o tipo de apoio psicológico ou orientações de saúde que os homens esperam. Esse cenário cria uma percepção de que, enquanto os médicos se envolvem mais no aspecto consultivo, a equipe de enfermagem, devido às demandas operacionais, acaba priorizando a execução de ações práticas em detrimento de um contato mais próximo e dialogado com os pacientes.

Outro aspecto importante no cenário da APS é a autopercepção da saúde, a qual estimula a compreensão da perspectiva do paciente sobre o próprio bem-estar e determina os comportamentos e cuidados desempenhados para este fim. Dessa forma, a autopercepção da saúde está intrinsecamente associada a fatores biológicos, socioeconômicos e de vínculo com as equipes profissionais em adultos brasileiros (Agostinho *et al.*, 2010).

Destarte, compreende-se que as características comportamentais relacionadas com a saúde são imprescindíveis de serem observadas em um contexto de investigação e ação baseadas no LS, uma vez que pode expressar à autopercepção que o sujeito tem acerca da sua saúde, os comportamentos adotados, se esses são propensos à riscos ou não, se favorecem ou não o alcance da qualidade e dos resultados em saúde. Há que se destacar que os homens pesquisados demonstraram ter ótima percepção acerca da sua condição de saúde vivendo com o HIV, o que pode ter a ver com os avanços expressivos em termos de tecnologias de cuidado, medidas profiláticas como a evolução dos anti-retrovirais.

Diferentemente do que espera-se para situações agudas, nas quais os pacientes são

inexperientes e se comportam de maneira passiva diante do processo de cuidado, no tratamento das doenças crônicas é importante ter um paciente ativo, com participação efetiva no processo de autocuidado. Dessa forma, ressalta-se que o atributo primordial para os cuidados apropriados para doenças crônicas é o estabelecimento de práticas de empoderamento, por meio do estabelecimento de parcerias entre pacientes e profissionais de saúde, de modo que esses possam compartilhar a gestão do cuidado ao longo do tempo (Holman; Loring, 2004).

Ademais, acredita-se a partir do estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2022) que os maiores escores de autocuidado foram relacionados à adesão estrita ao tratamento das infecções por HIV. No mesmo sentido, as pessoas com nível ótimo de autocuidado e que apresentaram adesão estrita à medicação possuíam letramento adequado. Para tanto, é primordial considerar que o LS, como base conceitual para a promoção da saúde, configura-se uma estratégia efetiva de cuidado à saúde de PVHIV. Nesse sentido, a sua adoção como política pública pode contribuir para o empoderamento, autocuidado e ampliação do acesso aos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2022).

Diante do exposto, observou-se que homens vivendo com HIV tendem a priorizar o fortalecimento do vínculo com médicos da atenção secundária e terciária, devido ao desenvolvimento de uma maior confiança. Esse vínculo é alimentado pela percepção de um cuidado mais dedicado e interesse genuíno do profissional. A especialização desses médicos no manejo da saúde desses pacientes também contribui para essa escolha, levando-os a ter um vínculo frágil ou inexistente com os profissionais da APS. Embora a APS ofereça um cuidado mais imediato e acessível, a busca por especialistas nas unidades de atenção secundária ocorre pela confiança estabelecida ao longo do tempo.

Quanto à percepção do apoio familiar no cuidado da saúde, os homens relatam que, ao se sentirem seguros para compartilhar o diagnóstico de HIV com seus familiares e receberem esse apoio, experimentam um aumento significativo na motivação para enfrentar os desafios da doença. Esse apoio se traduz em uma sensação de acolhimento, amor e amparo, que reforça sua confiança no tratamento e no processo de cuidados. Saber que seus entes queridos estão ao seu lado, oferecendo suporte emocional e prático, gera um senso de pertencimento e proteção, essencial para a saúde mental e bem-estar. Esse vínculo afetivo pode ser um fator determinante para o enfrentamento positivo do HIV, influenciando diretamente a adesão ao tratamento e a qualidade de vida desses homens.

O automanejo é especialmente valioso dado que representa uma fusão das metas do paciente, da família, da comunidade e do profissional de saúde, todos eles trabalhando de

maneira conjunta para abordar melhor a enfermidade do indivíduo ao mesmo tempo que facilita a atenção integral. Nesse sentido, o automanejo vai mais além do tratamento tradicional das enfermidades, ao incorporar o conceito mais amplo de prevenção e fundamentar a ideia de que quem possui uma doença crônica vai necessitar lançar mão de procedimentos preventivos para promover o bem-estar e evitar uma maior deterioração da saúde (Grady; Gouch, 2018).

Nesse sentido, destaca-se o automanejo com todos os seus elementos e características práticas, pois não se trata apenas de uma abordagem lógica de saúde e atenção à saúde, mas também é uma maneira aprimorada de abordar as doenças crônicas como um problema importante no âmbito da saúde pública (Grady; Gouch, 2018).

Nesse sentido, ao considerar o conceito de autogerenciamento (autogestão) surge a necessidade de apreender que, diante de uma doença crônica, independentemente da etiologia, as pessoas devem adquirir habilidades para reconhecer e monitorar sinais e sintomas, além de adequar comportamentos relacionados à dieta, atividade física e estados psicoemocionais adaptativos. Outras habilidades importantes a serem desenvolvidas no contexto do autogerenciamento incluem o estabelecimento de relacionamentos eficazes com profissionais de saúde, a gestão de compromissos para o controle da doença e o conhecimento da rede de saúde (Iriarte; Cianelli; Fernandez- Pineda, 2023).

Dada a gama de habilidades exigidas pela autogestão, o estado de empoderamento é uma consequência altamente desejável e está intimamente relacionado a outro conceito importante: o de autoeficácia. Autoeficácia se define como a capacidade vista pela pessoa para enfrentar de forma consciente as situações vividas. A percepção de autoeficácia influencia diretamente a capacidade de autocuidado e, portanto, é crucial na gestão de doenças crônicas e dos desafios associados a elas. Altos níveis de autoeficácia estão ligados a um sentimento de controle sobre a própria saúde, melhorando as percepções de qualidade de vida e bem-estar (Uhm *et al.*, 2022).

Outro aspecto mencionado pelos participantes do estudo diz respeito ao uso de substâncias lícitas e ilícitas, que pode ter um impacto negativo significativo na rede de apoio social e familiar dos pacientes que convivem com HIV. O afastamento decorrente do julgamento sobre o uso dessas substâncias, tanto por parte dos pacientes quanto da família, muitas vezes resulta em um isolamento social, dificultando o acesso ao suporte emocional e prático necessário para o cuidado com a saúde. A família, em muitos casos, pode se distanciar do paciente devido à condenação do comportamento relacionado ao uso de substâncias, deixando-o sem o apoio fundamental para enfrentar a doença.

Além disso, a orientação sexual também pode ser um fator que reduz a rede de apoio, pois muitos homens temem ser rejeitados ou julgados pelas pessoas mais próximas, o que gera um ambiente de insegurança e silêncio sobre sua condição e necessidades, comprometendo ainda mais o suporte que poderiam receber durante o tratamento do HIV.

Diante disso, tem-se a sexualidade e a intersecção com o HIV/aids, uma vez que a saúde masculina, em sua complexidade, é influenciada por diversos fatores socioculturais, dentre os quais as construções patriarcais de gênero se destacam. No contexto brasileiro, marcado por uma profunda herança patriarcal, a masculinidade é frequentemente associada à força, virilidade e invulnerabilidade. No entanto, essa visão estereotipada pode ocultar a fragilidade e vulnerabilidade dos homens, especialmente em relação a questões de saúde, como o HIV/aids (Alves, 2024).

A predominância de entrevistados que se identificaram como solteiros, separados ou viúvos converge com a reduzida ou inexistente rede de apoio para o cuidado com a saúde. Durante as conversas na fase qualitativa, muitos homens relataram optar por ficar sozinhos devido ao diagnóstico, já que ter um parceiro ou parceira implicaria em precisar revelar o diagnóstico de HIV, algo que preferem manter em segredo. Essa escolha de isolamento, portanto, está diretamente relacionada ao desejo de preservar sua condição em sigilo, o que dificulta o acesso ao apoio emocional e prático necessário para o enfrentamento da doença.

Em relação a presença de parceria sexual, os homens sem companhia afetiva sexual em idade reprodutiva tendem a ter um diagnóstico mais tardio, visto que, como sugere a literatura, eles, em função dos atributos da masculinidade hegemônica, dispensam menos cuidados à saúde e, portanto, procuram menos o serviço de saúde, a exemplo disso, eles procuram menos o serviço de testagem (Knauth *et al.*, 2020).

Ademais, em relação ao arranjo familiar, na literatura internacional constatou-se que morar sozinho estava associado a piores escores de letramento em saúde, todavia o tamanho do efeito dessa associação foi pequeno (Beauchamp *et al.*, 2015).

Nesse ínterim outros fatores emergem como o marcador idade, que reflete diferenças geracionais que atravessam diferentes ciclos da vida como a juventude, a adultez e a velhice, o que pode influenciar na capacidade para o Letramento em Saúde.

No estudo realizado por Moreira *et al.* (2022) foi identificado que os homens idosos, independentemente do nível de escolaridade, mostraram-se com maiores níveis de LS em comparação aos homens mais jovens. Ademais, ressalta-se que o reduzido letramento na população jovem e alfabetizada indica uma vulnerabilidade de pessoas com problemas de saúde mental no que diz respeito à percepção de dificuldades para cuidar da própria saúde

(Cheema *et al.*, 2020).

Em contrapartida, o estudo conduzido por Scopacasa (2017) revelou que o conhecimento na prevenção de IST/HIV/aids para adolescentes está correlacionado ao Letramento em Saúde. Com isso, o estudo revela que, quanto maior o grau de Letramento em Saúde, melhor é o conhecimento do adolescente em relação à prevenção às IST, ao HIV e à aids.

Ademais, sabe-se que o LS se expressa como um Determinante Social da Saúde (DSS) a ser considerado, o qual apresenta estreita relação com demais DSS como o de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, o LS pode ajudar na compreensão de fenômenos estritamente relacionados com o modo como os homens concebem as informações relacionadas à saúde e constituem/desenvolvem o conhecimento, configuram as atitudes, e desempenham os comportamentos e as práticas no seu cotidiano.

Assim, o LS é considerado um DSS, uma vez que o mesmo resulta de um processo de aprendizagem com o seu meio ambiente, bem como é fator mediador que influencia a relação entre outros determinantes sociais da saúde e resultados de saúde (Nutbeam; Lloyd, 2021);

Além disso, os DSS relacionados ao estrato comportamental e estilo de vida envolvem qualidade de vida, atividade física, tabagismo, acesso a informações de saúde, consumo de álcool e hábitos alimentares. Dessa maneira, é urgente a ação governamental na simplificação da comunicação e na transmissão de informações de saúde para melhorar o bem-estar coletivo. Isso pode ajudar a mudar os comportamentos e reduzir as iniquidades nos sistemas de saúde reforçando o cumprimento do ODS (Gomes *et al.*, 2024)

Nesse sentido, destaca-se que os DSS são, em grande parte, responsáveis pela iniquidade do acesso aos serviços de saúde. Isso pode estar relacionado ao fato de que o sexo masculino tem dificuldade em identificar suas próprias necessidades de saúde, e, muitas vezes, prefere ofuscar suas fragilidades por acreditar que o cuidado não é uma atividade masculina, não levando a prevenção como um critério predominante em suas vidas. Portanto, a compreensão dos determinantes sociais enquanto barreiras socioculturais e institucionais é um fator importante para a proposição de estratégias e medidas a fim de promover o acesso dos homens aos serviços de saúde, em especial, da atenção primária (Moraes *et al.*, 2021).

Outros marcadores da caracterização sociodemográfica dos participantes do presente estudo permitem inferir a existência de um perfil que não constitui vínculos afetivos, adeptos à solteirice, orientados para a heterossexualidade e identificação com o gênero atribuído no nascimento, embora tenha aparecido as rupturas nos padrões cisheteronormativos vigentes, com o destaque para a autoidentificação com a categoria HSH - Homem que faz

Sexo com Homens.

Ademais, apreende-se que fatores culturais relacionados a estereótipos e a masculinidade hegemônica e tóxica nas sociedades ocidentais criam um ambiente hostil para discussões abertas sobre sexualidade, sexo seguro, identificação de risco, prevenção do HIV, acesso a cuidados de saúde e adesão ao tratamento entre os homens (Cota *et al.*, 2021). Este ambiente se torna ainda mais desafiador para HSH devido a questões de gênero e estigma. Além disso, marcadores de idade, como ter mais de 50 anos, acentuam ainda mais a situação, uma vez que aspectos como a idade e orientação sexual, resultam na ausência de discussão sobre a saúde sexual de HSH com mais de 50 anos (Ramírez- Ortiz *et al.*, 2021; Spadafino *et al.*, 2016).

O modelo ocidental de masculinidade, que valoriza a força, a dominação e a insensibilidade, tem consequências diretas na saúde dos homens. Assim, é imperativo reconhecer e desafiar as normas patriarcais que moldam a masculinidade e influenciam a saúde dos homens. A desconstrução dessas normas e a promoção de uma visão mais holística e inclusiva da masculinidade são essenciais para melhorar a saúde e o bem-estar dos homens. Além disso, políticas públicas e intervenções em saúde devem ser informadas por uma compreensão crítica das interseções entre gênero, sexualidade e saúde (Alves, 2024).

Assim, torna-se salutar refletir acerca da pouca visibilidade dos homens heterossexuais na epidemia da aids e suas implicações para as configurações dessa epidemia no cenário local. A diferenciação destes em relação aos homens homossexuais, operacionalizada pelos discursos sobre a doença, tanto médico quanto da mídia, reforça os padrões da masculinidade hegemônica segundo os quais os “homens de verdade” são imunes às doenças. Essa diferenciação faz com que os homens heterossexuais tenham dificuldade em se perceber em risco para a aids (Knauth *et al.*, 2020).

Globalmente, menos da metade dos homens que vivem com HIV estão em tratamento, em comparação com 60% das mulheres. O conceito cristalizado de que aids é doença de homossexual permanece até os dias de hoje, e faz com que pessoas heterossexuais se considerassem imunes à doença. Inclusive homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e não se autodenominavam homossexuais, também acreditavam que estavam – e esse entendimento parece permanecer – fora do “grupo de risco” (Alves, 2024).

Um aspecto relevante e ao mesmo tempo problemático no âmbito do LS diz respeito ao nível de escolaridade, o qual nem sempre será compatível com o grau de LS do sujeito, levando em consideração de que pessoas com alto nível de escolaridade podem apresentar baixo grau de LS ou LS inadequado. Em nosso estudo, a maioria dos participantes não

apresentava níveis elevados de escolaridade.

Alguns estudos identificaram que em relação à escolaridade cabe destacar que mesmo os indivíduos com ensino superior completo não necessariamente apresentaram resultados plenamente satisfatórios em relação ao Letramento Funcional em Saúde (LFS). Com isso, demonstra-se que quando se trata de escolaridade e compreensão das informações relacionadas à saúde, uma pesquisa revelou que de uma amostra com aproximadamente 23,1% que tinha concluído curso superior, contudo, apenas em 7% destes o LFS foi considerado adequado (Perez; Chagas; Pinheiro, 2020).

Além disso, um outro estudo realizado por meio da aplicação do questionário de Health Literacy, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, possibilitou identificar que os idosos são vulneráveis ao HIV/aids em decorrência do baixo nível de LS, associado a baixa escolaridade e baixa renda familiar. Além disso, pondera-se que a vida sexual ativa sem métodos de prevenção coloca essa população exposta ao risco de infecção pelo HIV (Costa, 2018).

Assim, corrobora-se com o estudo de Alencar *et al.* (2019) no qual ressalta que as PVHA que necessitaram ocultar o diagnóstico do HIV/aids desempenharam menos autocuidado. A chance de realizar o autocuidado diminuiu em relação ao aumento da idade. Por outro lado, encontrou-se que a PVHA que tem parceria fixa possui maior chance de desempenhar o autocuidado (Alencar *et al.*, 2019).

Com isso, reconhece-se que características como escolaridade, acesso à renda, estado civil, dentre outras são mencionadas em alguns estudos como fatores contribuintes à adesão insuficiente, o que justifica a importância do debate sobre a temática (Figueiredo, 2020; Ferreira, 2020).

No que tange especificamente à terapêutica e o manejo clínico de pacientes acometidos pela aids, os nossos achados chamam a atenção para o quantitativo de homens que não aderem ao tratamento, bem como aqueles que apresentam comorbidades, o que pode impactar na qualidade de vida, no bem-estar e na manutenção da saúde, o que pode resultar em desfechos negativos para o automanejo do processo saúde-doença, tal como do desenvolvimento de habilidades e competências de LS.

O uso inadequado da TARV tem como fatores relacionados: esquecimento, excesso de atividades, experiências dos efeitos colaterais, medo de ingerir o medicamento diante de outras pessoas, sentir que não necessita dos remédios, depressão, abuso de álcool e drogas, escassez de alimentos, duração do tratamento, falta de apoio, dificuldade para acessar os serviços de saúde para consultas e retirada das medicações. O baixo Letramento em Saúde também é fator

associado à baixa adesão à TARV, devido à existência de limitações para entender a doença, tratamento e fragilização na relação usuário provedor (Santos, 2022).

O problema da baixa adesão apresenta múltiplas facetas, o que demonstra que apenas garantir o acesso aos medicamentos antirretrovirais e serviços de saúde, não são suficientes para solucionar tal problemática. Os motivos pelos quais os adultos não obtêm êxito no tratamento estão diretamente ligados ao contexto social, financeiro, cultural e comportamental dos mesmos. Além disso, ressalta-se a autoeficácia, que retrata como a crença individual afeta a motivação e na ação para alcançar o sucesso em determinado objetivo (Santos, 2022).

Ainda relacionado ao contexto da aids, outro aspecto a ser considerado é a maneira como os homens configuram as suas relações afetivo-sexuais e desempenham outros hábitos de vida, uma vez que há uma relação com a adesão inadequada ao uso do preservativo nas relações sexuais, o uso de álcool e outras drogas e a multiplicidade de parcerias afetivos-sexuais e o desconhecimento da estratégia de prevenção combinada, com o destaque para a PrEP e PEP.

Após o diagnóstico, em especial, entre os jovens emerge atitudes de resgatar a responsabilidade com a própria saúde e seus relacionamentos. E isso, se dá através de necessidade de práticas preventivas, porém, em determinados momentos, elas são negligenciadas por limitações externas, relacionadas à capacidade de compreensão do parceiro, o que está em consonância com as suas representações sobre a doença. Muitos ainda têm a percepção de que tais medidas são desnecessárias, em função de considerarem-se indetectáveis (Fonseca *et al.*, 2024).

Assim, ressalta-se que a informação sobre o HIV é um fator fundamental para melhorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas. Compreender as causas, os sintomas e as formas de tratamento da doença é essencial para enfrentar o estigma e o preconceito associados a ela, além de promover a prevenção da transmissão do vírus. Para tanto, a oferta de conhecimentos em saúde em diferentes contextos pode contribuir para a mudança de comportamento, minimizando os impactos sociais do HIV e proporcionando uma melhor qualidade de vida para a população (Magno *et al.*, 2019).

Como estratégias de prevenção, tem a utilização de PrEP e PEP, dessa forma o estudo desenvolvido por Santos *et al.* (2022) demonstrou que as redes sociais entre HSH, que são promotoras de encontros de forma presencial ou virtual, são importantes espaços de disseminação e compartilhamento de informações sobre saúde sexual, prevenção ao HIV e PrEP. Com isso, destaca-se a atuação do apoio social de pares e sua associação com maiores

taxas de conhecimento e adesão à PrEP, diminuição da frequência e dos efeitos negativos do estigma e discriminações, a diminuição de comportamentos de risco ao HIV, além do melhor alcance da PrEP em populações que não tenham alta cobertura pelas típicas estratégias clínicas e de saúde pública (Santos *et al.*, 2022).

Nesse ínterim, apreende-se que o engajamento na PrEP requer negociações complexas que abrangem uma multiplicidade de relações sociais em diferentes contextos, a fim de reduzir a possibilidade de infecção pelo HIV. Para isso, algumas questões estão envolvidas, como: avaliar o risco; pesquisar nas redes sociais informações sobre profilaxias e seus efeitos; negociar com os profissionais de saúde o uso da PrEP; e negociar a revelação do uso no contexto das relações nas diferentes redes de sociabilidade (Costa *et al.*, 2025).

Os contextos estruturais, desde os estigmas acerca da homossexualidade e da aids até as questões intersubjetivas que adentram as próprias às negociações entre parceiros sexuais, passando pela percepção do risco em haver a infecção pelo HIV por ser gay ou bissexual, resultam na decisão de usar PrEP, senão como escolha ideal, pelo menos como a alternativa mais viável de prevenção ao HIV (Costa *et al.*, 2025).

Outrossim, ao considerar o contexto de uso da Doxi-PEP entre HSH no Brasil é possível apreender que seu itinerário terapêutico inicia-se e se desenvolve fora dos ambientes clínicos tradicionais. As mídias sociais e comunidades online ganharam protagonismo, uma vez que se tornam espaços vitais para a troca de informações e experiências, nos quais HSH buscam e compartilham conhecimentos sobre a aquisição e uso *off-label* da doxiciclina. Isso revela a resiliência dessas pessoas na busca por meios de solucionar as questões da proteção da saúde sexual na ausência de diretrizes objetivas e apoio institucional (Souza; Sousa, 2024).

As vulnerabilidades enfrentadas são extensas, abrangendo aspectos individuais, sociais e programáticos e institucionais. Na perspectiva individual, tem-se a ausência de informações específicas e confiáveis sobre a Doxi-PEP fazendo com haja o fomento a práticas de automedicação e uso não regulamentado do medicamento, potencializando assim o risco de efeitos adversos. Socialmente, o estigma associado às IST e à sexualidade contribui negativamente nas decisões de saúde, suscitando o desenvolvimento de barreiras para acessar cuidados apropriados e promovendo práticas preventivas clandestinas. Do ponto de vista programático, a ausência de políticas de saúde que reconheçam e abordem especificamente as necessidades dos HSH perpetua essas vulnerabilidades, limitando assim o acesso a intervenções preventivas como a Doxi-PEP (Souza; Sousa, 2024).

Dessa forma, ressalta-se que as ações de Educação em Saúde devem atender às reais necessidades da população que se pretende trabalhar, onde as informações devem ser

apresentadas de forma compreensível, pautadas no nível de entendimento do público- alvo, por meio de recursos materiais acessíveis/baixo custo, para possibilitar a continuidade das ações educativas (Santos, 2022).

A partir disso, ressalta-se a necessidade de investir em estratégias educativas que devem ser elaboradas com uma linguagem mais apropriada ao público-alvo com base no grau do letramento deste, uma vez que, apesar de estar havendo intervenções com esse público na prevenção de IST/HIV/aids, as taxas de infecções não mostram redução, o que indica a necessidade de rever as ações que estão sendo realizadas junto aos adolescentes (Scopacasa, 2017).

Dito isto, é essencial ressaltar que as tecnologias educacionais objetivam facilitar o processo ensino-aprendizagem e intermediam ações de educação em saúde. No contexto do HIV/aids, favorecem o acesso à informação, ampliando o conhecimento sobre transmissão, adoecimento e diagnóstico, possibilitando reflexões comportamentais e podem provocar mudanças positivas no padrão da saúde do indivíduo que vive com a infecção. O uso desses recursos otimiza o atendimento e acompanhamento dos usuários, além de fortalecer o vínculo entre o usuário e profissional de saúde (Teixeira, 2019).

Ademais, no que concerne sobre os homens hospitalizados por aids enfrentam uma combinação de desafios físicos, psicológicos e sociais que impactam profundamente sua saúde e qualidade de vida. A hospitalização geralmente ocorre devido a complicações relacionadas à imunossupressão severa, infecções oportunistas ou falhas no tratamento antirretroviral, refletindo fragilidades no acompanhamento contínuo e na adesão terapêutica. Além das questões clínicas, esses homens frequentemente lidam com o estigma associado ao HIV, que pode exacerbar o isolamento social e afetar a busca por apoio familiar e comunitário.

Muitos também relatam dificuldades em compreender as informações de saúde e em acessar recursos necessários para o automanejo da condição. Nesse contexto, a hospitalização pode ser um momento crucial para intervenções multidisciplinares, que não apenas tratam as condições agudas, mas também promovem estratégias para melhorar o letramento em saúde, fortalecer as redes de apoio e garantir o acompanhamento pós- alta, contribuindo para a recuperação e a sustentabilidade do cuidado.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a condução do estudo, houveram perdas de participantes que reduziram o

tamanho da amostra final. Três pacientes receberam alta hospitalar antes que a revisão do formulário estivesse concluída. Apesar de tentativas de contato telefônico, não foi possível estabelecer contato com esses pacientes. Um paciente que estava internado e inicialmente incluído na pesquisa evadiu do internamento antes da entrevista ser realizada. Três pacientes faleceram antes de serem entrevistados, impossibilitando a coleta de dados sobre suas experiências e contribuições para a pesquisa.

A soma dessas perdas, totalizando sete participantes, resultou em uma amostra reduzida, o que não diminuiu a representatividade estatística dos resultados, pois pode-se identificar associações significativas em relação às características quantitativas quando comparadas a observação dos dados das planilhas anuais disponibilizadas pela Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial (UGPIA) da instituição pesquisada nos de 2020 a 2024, onde foram registrados 304 internamentos relacionados a doenças associadas ao HIV. As características dos indivíduos observadas nas planilhas permaneceram parecidas com os aspectos dos entrevistados.

Em resumo, as perdas de participantes durante o estudo, especialmente aquelas ocorridas por motivos como alta hospitalar, falecimento e evasão, não afetaram negativamente na interpretação dos dados.

6 CONCLUSÃO

O letramento em saúde pode influenciar a forma como os pacientes compreendem as informações sobre o processo de adoecimento, as estratégias de tratamento, em especial as medicações antirretrovirais, sua importância, efeitos colaterais e a necessidade de adesão e continuidade do regime medicamentoso, além de outras formas de cuidados, principalmente, relacionadas a promoção e prevenção.

Pacientes que possuem maior grau de letramento são mais capazes de compreender as orientações e, portanto, tendem a ser mais aderentes ao tratamento. Isso é essencial para o controle da carga viral, a redução da transmissão do HIV e a prevenção de complicações relacionadas à doença. Também impacta na capacidade dos pacientes de tomar decisões relevantes sobre sua saúde individual como também das suas parcerias sexuais como, por exemplo, procurar atendimento médico quando necessário, compreender sinais de alerta de complicações e adotar comportamentos de prevenção.

A adoção de tais medidas pode resultar em menor frequência de hospitalizações, pois pacientes com melhor letramento podem gerenciar melhor sua saúde, evitando complicações graves que necessitem de internamento.

O fortalecimento do LS atrelado ao automanejo são estratégias potencializadoras do empoderamento dos homens que pode ser compreendido como essencial para a consolidação das práticas preventivas, como o uso de preservativos, utilização de PrEP, PEP e Doxy-PEP.

Com isso, ressalta-se que o LS é uma potente ferramenta de Educação em Saúde e que construiu para a melhoria dos DSS, uma vez que por meio deste é possível reduzir a desinformação diante da exposição a práticas sexuais inseguras. Além disso, o mesmo contribui para o fortalecimento da adesão à terapêutica farmacológica, contribuindo assim para a melhora da condição de saúde e qualidade de vida dos pacientes com HIV/aids, o que repercute na redução da carga de hospitalizações.

Portanto, ao focar no LS dentro do ambiente hospitalar, é possível potencializar a adesão ao tratamento, reduzir complicações e hospitalizações, promovendo, assim, melhores desfechos de saúde para homens com aids.

Ademais, acredita-se que o presente estudo irá contribuir para fomentar novas ações de saúde a fim de aprimorar a assistência de homens com aids, no intuito de reduzir as hospitalizações e óbitos por meio da inserção de ações de LS. Para tal, sugere-se o desenvolvimento de uma tecnologia educacional, a exemplo de um manual, que possa qualificar os profissionais de saúde acerca do LS em pacientes homens hospitalizados por aids.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, R.J; *et al.* Health literacy: A new concept for general practice? **Aust Fam Physician**. v. 38, n. 30, p.144 - 147, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19283256/>
- AGONIGI, R.C; *et al.* The production of care in the routine of Family Health Teams. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. suppl 6, p. 2659-2665, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>
- AGOSTINHO, M.R; *et al.* A autopercepção da saúde entre usuários da atenção primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc5\(17\)175](https://doi.org/10.5712/rbmfc5(17)175)
- ALENCAR, R.A; *et al.* Aspects that influence the self-care of patients living with human immunodeficiency virus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 27, e. 3112, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2746.3112>
- ALMEIDA, E.C; *et al.* A enfermagem e o letramento em saúde no contexto do HIV/AIDS, tuberculose, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis. **Enferm Foco**. v. 15, n. supl 2, p. 169-76, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202421SUPL2>
- ALVES, E.K.S.V; *et al.* Entre a força e a fragilidade: reflexões sobre a saúde masculina e o HIV/aids no contexto patriarcal brasileiro. **Saúde Coletiva**. v. 14, n. 89, p. 13121-13133, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2024v14i89p13121-13133>
- ARAÚJO, C.R.C. **Letramento em Saúde de Gestantes no Contexto da Estratégia Saúde da Família**. Dissertação. Universidade Federal do Ceará. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/69787>
- AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. In: **Adult literacy and life skills survey. Summary results**. Australia, Canberra: Australian Bureau of Statistics. v. 88, 2008.
- BARBOZA, R. Homens idosos e o HIV/Aids no campo da Saúde Coletiva: vulnerabilidades e desafios na quarta década da epidemia. **Boletim do Instituto de Saúde**. v. 14, n. 1, p. 81–89, 2012. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33723>
- BATISTA, M.J; *et al.* Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item Health Literacy Scale. **Ciênc saúde coletiva**. v. 25, n. 7, p. 2847–57, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.22282018>
- BAUER, G.R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. **Soc Sci Med**. v. 110, p. 10 - 17, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
- BEAUCHAMP, A; *et al.* Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Question-naire (HLQ). **BioMed Central Public Health**. v. 15, p. 678 - 691, 2015. Disponível em:

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2056-z>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023**. Brasília. n. especial, 2023.

Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **TabNet**. Acesso em 15 de dezembro de 2024. Disponível em:

tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV Aids 2024**. Brasília. 2024.

Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília. 2002.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília. 2008. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021**.

Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Brasília. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/air-e-melhoria-](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/air-e-melhoria-normativa/dispensas/2021#:~:text=Portaria%20GM%2FMS%20n%C2%BA%203.562,Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20(SAPS).)

[normativa/dispensas/2021#:~:text=Portaria%20GM%2FMS%20n%C2%BA%203.562,Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20\(SAPS\).](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/air-e-melhoria-normativa/dispensas/2021#:~:text=Portaria%20GM%2FMS%20n%C2%BA%203.562,Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20(SAPS).)

BRAUN, V; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**. v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em:

<https://psychology.ukzn.ac.za/?mdocs-file=1176>

BUCHBINDER, R; *et al.* A validity-driven approach to the understanding of the personal and societal burden of low back pain: development of a conceptual and measurement model.

Arthritis Res Ther. v. 13, n. 5, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/ar3468>

CHEEMA, S; *et al.* The COVID-19 pandemic: the public health reality. **Epidemiol Infect**. v. 148, n. 223, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0950268820002216>

COSTA, A.H.C; *et al.* Homens que fazem sexo com homens negociando prazer e prevenção a partir da profilaxia pré-exposição ao HIV. **Ciênc saúde coletiva**. v. 30, n. 1, 2025. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/homens-que-fazem-sexo-com-homens-negociando-prazer-e-prevencao-a-partir-da-profilaxia-preexposicao-ao-hiv/18956?id=18956>

COSTA, A.J. **Letramento em saúde acerca de HIV/aids em idosos participantes de um grupo de convivência da terceira idade**. Dissertação. Universidade Federal do Pará. 2018. Disponível em:

<https://www.ppgenf.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/alexandra%20pdf.pdf>

COTA, V.L; MARQUES, C.M. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR). **Fundação Oswaldo Cruz**. v. 45, n. 129, p. 393-405, 2021.

COUTO, M.T; DANTAS, S.M.V. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. **Saúde e Sociedade**. v. 25, n. 4, p. 857-868, 2016. Disponível em: <https://rdsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/484>

CRESWELL, J.W; *et al.* Projetos de pesquisa de métodos mistos avançado. *In*: TASHAKKORI, A.M; TEDDLIE, C.B. **Manual de métodos mistos em pesquisa social e comportamental**. Mil Oaks: Sábio. p. 209-240, 2003.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2010.

CRESWELL, J.W; CLARK, V.L.P. **Pesquisa de métodos mistos**. ed. 2ª. Porto Alegre: Penso. 2013.

CRUVINEL, A.F.P; *et al.* The Brazilian version of the 20-item rapid estimate of adult literacy in medicine and dentistry. **PeerJ**. v. 5, e. 374, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7717/peerj.3744>

DUARTE, F.H; *et al.* Early diagnosis of HIV/aids infection: concept analysis. **Rev Bras Enferm**. v. 76, n. 3, e 20220565, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0565>

FERNANDES, N.M; *et al.* Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais soro discordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n. 4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053415>

FERREIRA, M.A.M; *et al.* Conhecimento e fatores que influenciam na adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev Cogitare enferm**. v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/67768>

FIGUEIREDO, M.S.B.R; *et al.* Sofrimento mental, desesperança e adesão à terapia retroviral de pessoas com HIV/aids. **Rev Min Enferm**. 2020. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1510>.

FONSECA, B.S; *et al.* ‘Uma parte de mim sabia que isso aconteceria um dia’: vivências de jovens com HIV/aids. **Saúde em Debate**. v. 48, n. 141, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418986P>

FRANCO, T.B. Healthcare production and pedagogical output: integration of healthcare system settings in Brazil. **Interface**. v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300003>

FREEDMAN, D.A; *et al.* Public health literacy defined. **Am J Prev Med.** v. 36, n. 5, p. 446 - 451, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>

GOMES, A.S; *et al.* Determinantes sociais do letramento em saúde de crianças e adolescentes: uma revisão de escopo. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 45, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20240002.pt>

GRADY, P.A; GOUGH, L.L. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. **Am J Public Health.** v. 108, n. 6, p. 437-444, 2018.

HEMMI, A.P.A; BAPTISTA, T.W.F; REZENDE, M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis.** v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>

HOLMAN, H; LORIG, K. Patient Self-Management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease. **Public Health Rep.** v. 119, n. 3, p. 239-43, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.phr.2004.04.002>

ISHIKAWA, H; *et al.* Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. **Health PromotInt.** v. 23, n. 3, p. 269-274, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dan017>

SANTOS JÚNIOR, J. L; *et al.* Relação do letramento funcional em saúde com a insuficiência real em pessoas com diabetes mellitus. **Enferm. Foco.** v. 12, n. 2, p. 270 - 276, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3938/0>

KNAUTH, D.R; *et al.* O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cad Saúde Pública.** v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>

KROEFF, R.F; GAVILLON, P.Q; RAMM, L.V. Diário de Campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. **Estud Psicol.** v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>

LORIG, K.R; HOLMAN, H. Educação para autogestão: história, definição, resultados e mecanismos. **Ann Behav Med.** v. 26, n. 1, p. 1 – 7, 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1207/s15324796abm2601_01

LUSTOSA, S.B; *et al.* Letramento funcional em saúde: experiência dos estudantes e percepção dos usuários da atenção primária. **Rev. bras. educ. med.** v. 45, n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210294>

MAGNO, L; *et al.* Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública.** v. 35, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112718>

MAINDAL, H.T; *et al.* Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model.

Springerplus. v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2887-9>

MANCUSO, J.M. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. **Nurs Health Sci.** v. 1, n. 1, p. 77-89, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x>

MARQUES, S.R.L; ESCARCE, A.G; LEMOS, S.M.A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. **Codas.** v. 30, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>

MARQUES, S.R.L; LEMOS, A.M.A. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. **Educ. Saúde.** v. 16 n. 2, p. 535-559, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00109>

MARTINS, N.F.F; SILVEIRA, R.S; ABREU, D.P.G. Undergraduate Health: relationship between Health Literacy and care from the SUS perspective. **Saud Pesq.** v. 15, n. 4, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/11080/7217>

MELHUSH, A; LEWTHWAITE, P. Natural history of HIV and AIDS. **Medicine.** v. 50, n. 5, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2022.02.011>

MORAES, L.K; *et al.* Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. **Acta Paul Enferm.** v. 34, p. 3-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171>

MORAIS, J.L.P; *et al.* Saúde do homem e determinantes sociais na saúde coletiva. **Revista de Enfermagem UFPE on line.** v. 15, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247844>

MOREIRA, W.C; *et al.* COVID-19 no Brasil: existem diferenças no letramento em saúde mental entre homens jovens e idosos? **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 30, n. e3603, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5651.3603>

MORSE, J. Estratégias para amostragem. In: MORSE, M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem: um diálogo contemporâneo.** Newbury Park, CA: Sage. p. 127-146, 1991.

MORSE, J.M; NIEHAUS, L. **Projeto de método misto: Princípios e procedimentos.** Walnut Creek, CA: Left Coast Press. 2009.

NOLTE, S; *et al.* German translation, cultural adaptation, and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **PLoS One.** v. 12, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172340>

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Health Promotion International.** v. 13, n. 4, p. 349-364, 1998. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promot. Int.** v. 15, n.

3, p. 259-67, 2000. Disponível em:
<https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20013041970>

NUTBEAM, D; LLOYD, J.E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. **Ann Rev Public Health**. v. 42, p. 159-173, 2021. Disponível em:
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

OKAN, O. From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. *In*: OKAN, O; *et al.* **International handbook of health literacy**. Bristol: Policy Press. p. 21-38, 2019.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. *Washington, DC*: OPAS. 2015. Disponível em:
<https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/ent-cuidados-innovadores-innovateccc-digital-pt.pdf>

OSBORNE, R.H; *et al.* The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC Public Health**. v. 13, n. 658, 2013. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-658>

PANELLI, B.L; *et al.* “Promotores da saúde” em um assentamento rural: Letramento em saúde como intervenção comunitária. **Textos & Contextos**. v. 19, n. 1, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.1.29470>

PASSAMAI, M.P.B; SAMPAIO, H.A.C; LIMA, J.W.O. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do sistema único de saúde**. Fortaleza: *EdUECE*; 2013. Disponível em:
<https://portal-archipelagus.azurewebsites.net/farol/eduece/ebook/letramento-funcional-emsau-de-de-adultos-no-contexto-do-sistema-unico-de-sau-de/33989/>

PASSAMAI, M.P.B; *et al.* Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. **Interface**. v. 16, n. 41, p. 301-14, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000027>

PAVLEKOVIC, G. **Health literacy**. Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe. 2008.

PEREIRA, C.R; *et al.* Estratégia de linkagem e vulnerabilidades nas barreiras ao tratamento de HIV/Aids para homens que fazem sexo com homens. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 4, p. 1535-1546, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.08192021>

PERES, F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 28, n. 5 p. 1563-1573, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14562022>

PERES, F; RODRIGUES, K.M; SILVA, T.S. **Literacia em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2021.

PEREZ, T.A; CHAGAS, E.F.B; PINHEIRO, O.L. Health functional literacy and adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV. **Rev Gaúcha Enferm** . v. 42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200012>

PIPERA, S.E; *et al.* Predictors of mental health literacy in older people. **Arch Gerontol Geriatr**. v. 79, n. 56, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.07.010>

RAMÍREZ-ORTIZ, D; *et al.* Pre- and Post-immigration HIV Testing Behaviors among Young Adult Recent Latino Immigrants in Miami-Dade County, Florida. **AIDS Behav**. v. 25, n. 9, p. 2841-2851, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03233-9>

RIBEIRO, L.M; *et al.* Padrão temporal, distribuição espacial e fatores associados a incidência de HIV/AIDS entre jovens no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 7, n. 48, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.52>

RODRIGUES, J.P; *et al.* Implementation strategy for men's health actions: action- research potentialities and challenges. **Texto contexto - enferm**. v. 32, n. e20230187, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0187en>

ROOTMAN, I; GORDON-EL-BIHBETY, D. **A vision for a health literate Canada**. Ottawa: Canadian Public Health Association. 2008.

RYAN, P; SAWIN, K.J. A teoria da autogestão individual e familiar: antecedentes e perspectivas sobre contexto, processo e resultados. **Enfermeira Outlook**. v. 57, n. 4, p. 217–25, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>

SANTOS, L.A; GRANGEIRO, A; COUTO, M.T. A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) entre homens que fazem sexo com homens: comunicação, engajamento e redes sociais de pares. **Ciênc saúde coletiva**. v. 27, n. 10, p. 3923 – 37, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06542022>

SANTOS, R.D.S. **Letramento em saúde e adesão à terapia antirretroviral de adultos que vivem com hiv/aids**. Dissertação. Universidade Federal de Pernambuco. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/48880>

SAVIETO, R.M; LEÃO, E.R. Assistência em enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre empatia. **Escola Anna Nery**. v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>

SCOPACASA, L.F. **Adolescência: conhecimento sobre prevenção de IST/HIV/AIDS x letramento em saúde**. Tese. Universidade Federal do Ceará. 2017. 136 f.

SEPARAVICH, M.A; CANESQUI, A.M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde Soc**. v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>

SILVA, A.B. **Desenvolvimento de teoria de médio alcance de enfermagem para letramento em saúde prejudicado**. Tese. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/03d6b9ba-1066-489b-853f-3822b20fdacb>

SILVA, A.G.I; *et al.* Satisfação do usuário como indicador de qualidade em uma estratégia

saúde da família. **Nursing**. v. 23, n. 268, p. 4546-4561, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i268p4546-4561>

SILVA, B.N; *et al.* Intersections between rural women's resilience and quality of life: a mixed-methods study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 30, n. 3521, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5671.3521>

SILVA, M.A.S; *et al.* Aspects related to health literacy, self-care and compliance with treatment of people living with HIV. **Rev Esc Enferm USP**. v. 56, n. e20220120, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0120pt>

SILVA, R.A.R; *et al.* Pessoas vivendo com Aids: associação entre diagnósticos de enfermagem e características sociodemográficas/clínicas. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. 5, p. 2684-2691, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0420>

SOARES, M. **Letramento: um tema em três gêneros**. Belo Horizonte: Autêntica. 2006.

SORATTO, J; *et al.* Uma forma criativa e sensível de pesquisar. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 6, p. 994-999, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670619>

SORENSEN, K. Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. *In*: OKAN, O; *et al.* **International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan**. Bristol: Policy Press. p. 5-20, 2019.

SØRENSEN, K; *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**. v. 12, n. 1, p. 1-13, 2012. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

SOUSA, A.F.L; SOUSA, A.R. “Como conseguir a sua Doxi-PEP?": vulnerabilidades e rotas críticas encontradas por homens no itinerário terapêutico no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 40, n. 12, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT058524>

SOUSA, A. R; *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: desafios vivenciados por enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020023603759>

SPADAFINO, J.T; *et al.* Correlates of HIV and STI testing among Latino men who have sex with men in New York City. **AIDS Care**. v. 28, n. 6, p. 695-698, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1147017>

TEIXEIRA, E; *et al.* Desenvolvimento participativo de tecnologia educacional em contexto HIV/AIDS. **Rev Min Enferm**. v. 23, n. e-1236, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1236.pdf>

UNAIDAS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **O caminho que põe fim à AIDS: Relatório Global do UNAIDS 2023**. Genebra. 2023.

WHCA. World Health Communication Associates. **Health literacy: part 2 evidence and case studies**. 2010. Disponível em: <http://www.whcaonline.org/>

uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf

WHITLOCK, E.P; *et al.* Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. **Am J Prev Med.** v. 22, n. 4, p. 267-84, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00415-4](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00415-4)

WHO. World Health Organization. **Closing the gap in a generation:** healthy equity through action on the social determinants of health. Geneve. 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

WOLF, M.S; *et al.* In search of ‘low health literacy’: Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. **Soc Sci Med.** v. 70, n. 9, p. 1335-1341, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.013>

ZEPEDA, K.G.M; *et al.* Management of nursing care in HIV/AIDS from a palliative and hospital perspective. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 5, p. 234-250, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0431>

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: H-Enf-Brasil: CONHECIMENTO E PRÁTICA EM ENFERMAGEM E SAÚDE DE HOMENS - CONSTRUÇÃO TEÓRICA, METODOLÓGICA E DE IMPLEMENTAÇÃO NO CENÁRIO NACIONAL”

Pesquisador Responsável: Anderson Reis de Sousa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá, gostaríamos de convidar você, que é homem acima de 18 anos (sem idade máxima) brasileiro ou estrangeiro, que vive legalmente no Brasil, para participar da pesquisa LETRAMENTO EM SAÚDE CENTRADO NA AUTOGESTÃO DA AIDS EM HOMENS CIS HOSPITALIZADOS, que faz parte do projeto principal: “H-Enf-Brasil: CONHECIMENTO E PRÁTICA EM ENFERMAGEM E SAÚDE DE HOMENS - CONSTRUÇÃO TEÓRICA, METODOLÓGICA E DE IMPLEMENTAÇÃO NO CENÁRIO NACIONAL”, realizada por estudantes do mestrado e doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pertencentes ao Núcleo de Estudos em Cuidado e Tecnologia em Saúde do Adulto (NECTA), sob orientação do professor Dr. Anderson Reis de Sousa, projeto este, avaliado e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da UFBA, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 76017423.3.0000.5531 nº: 6.603.953/2023 e do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, (CAAE): 76017423.3.3001.0049, nº 6.821.769/2024.

O objetivo primário dessa pesquisa é analisar os avanços no conhecimento científico e a prática na saúde de homens residentes no Brasil com ênfase no cuidado, na construção social das masculinidades, interseccionalidades e no campo de atuação em enfermagem. Temos a intenção de entender e atender as necessidades de melhorias na saúde masculina, em um ponto de vista biopsicossocial e espiritual, que vai de encontro a necessidade de produzir cuidado inerente ao ser masculino e suas subjetividades. O objetivo secundário é analisar as multidimensionalidades do Letramento em Saúde de homens adultos hospitalizados na autogestão da Aids.

Qualquer eventualidade, você poderá entrar em contato com as(os) pesquisadoras(es) responsáveis: Carolina Andrade Costa (71) 9223-8833; Carolina da Silva Bulcão (75) 98257-2514 e/ou com o(a) professor(a) e pesquisador(a) Dr. Anderson Reis de Sousa (75) 99151-6891 ou pelo e-mail: anderson.sousa@ufba.br

Sobre o perfil da pesquisa: ela ocorrerá em ambiente presencial. No encontro, todas as medidas de biossegurança serão tomadas, que visam a preservação da sua integridade física e psicossocial. Você receberá uma cópia desse TCLE e assinará de caneta a sua concordância em participar.

Nesse sentido, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estará disponível na íntegra para a sua amuência. Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder perguntas de uma entrevista, por meio de um formulário, com uma duração média estimada de 40 minutos.

A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará prejuízo, vai gerar apenas duas despesas: o gasto do seu tempo em responder a entrevista e não será ofertada nenhuma remuneração. O questionário será preenchido junto com os pesquisadores na unidade de internação.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável

Sobre os dados a serem coletados e o seu conteúdo: é importante você ter conhecimento de que não faremos nenhum diagnóstico, ou avaliação clínica e/ou de saúde, investigação profissional, avaliação de desempenho, auditoria do serviço em que você está vinculado ou da escola/universidade que pertence. Os dados gerados não são analisados individualmente, portanto, não será encaminhado nenhum dado individual. As análises serão coletivas e representarão o número total de participantes no estudo. Além disso, será mantido todo o rigor e responsabilidade de qualidade da análise, como forma de fornecer informações confiáveis à população, sendo cumprida a confiabilidade/veracidade garantida.

As pesquisas possuem alguns riscos, que podem ser graduados em risco mínimo, baixo, moderado ou elevado. Neste estudo os riscos são mínimos, pois não haverá intervenção no corpo humano. Nesta categoria, os riscos envolvem cansaço ou desconforto ao responder questionários; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sexualidade; vergonha; quebra de sigilo e quebra de anonimato.

Para prevenir esses riscos, manteremos todo o cuidado para a segurança/proteção da sua imagem e dos seus dados: as respostas obtidas durante as entrevistas ou/e aplicação de questionários serão tratadas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos; será garantido um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa; a identificação dos formulários não será nominal e sim por códigos; será assegurado confidencialidade e privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico/financeiro; em caso de desistência na participação da pesquisa, será assegurado a garantia da retirada do seu consentimento prévio, interrupção da entrevista ou aplicação de questionários, de modo que suas respostas não sejam arquivadas; o participante terá autonomia para desistir da pesquisa a qualquer momento; o participante terá autonomia para decidir sobre seu ingresso na pesquisa, caso opte por não participar, deixamos claro que não haverá penalização por parte dos pesquisadores; no decorrer da pesquisa, caso necessite, será assegurada assistência psicológica, e demais profissionais conforme a necessidade, sendo os pesquisadores responsáveis pelos recursos financeiros da assistência; por fim, será garantido o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda da informações, garantimos ainda que não serão publicados nomes dos participantes, bem como iniciais ou outros dados que permitam sua identificação pessoal.

Nenhuma vinculação comercial será realizada, assim como não solicitaremos nenhum dado bancário. Não será feita nenhuma propaganda de marca e/ou empresa. É importante que você saiba que não será necessário divulgar nenhum dos seus dados pessoais (como nome pessoal, número do RG ou CPF ou Carteira de Habilitação, ou profissional, nem dados bancários e nem o seu número de telefone).

Seus dados serão individuais, e nenhum convite será feito de maneira exposta. Também gostaríamos de informar que você poderá solicitar uma cópia do termo assinada pelo pesquisador responsável, através do telefone ou *e-mail*, que poderá deixar essas informações registradas em suas respostas ao seu critério.

Sobre os potenciais benefícios da pesquisa, teremos:

- a) Contribuir com o avanço do conhecimento científico sobre a questão de ser homem adulto e idoso cisgênero *gay* em um país extremamente homofóbico;
- b) Acolher o público visando a redução do preconceito e manejando de maneira positiva as desigualdades de orientação sexual e iniquidades sociais;
- c) Defender os direitos humanos e promover a proteção social essenciais à vida e a saúde do público-alvo que está exposto a violência de tipos variados;
- d) Servir como um primeiro passo para outras pesquisas que desejam desenvolver ferramentas de acolhimento e apoio em saúde de homens *gays*;
- e) Trazer para a sociedade, contribuições relevantes que poderão transformar, de maneira positiva, a vida da população investigada;
- f) Contribuir para o desenvolvimento clínico, científico e tecnológico de enfermeiros pesquisadores;
- g) Fortalecer o acesso às informações verdadeiras e ensinar como combater falsos noticiários, uma vez que o estudo envolve idosos e esse é um público mais exposto às informações sem base científica;
- h) Trabalhar e desenvolver, em tempo integral, ações de educação em saúde por meio de consultas digitais de enfermagem;
- i) Possibilitar a comercialização da ferramenta para o serviço público e suplementar de saúde.

Se você aceitar participar, contribuirá na obtenção do panorama da saúde psicossocioespiritual de homens brasileiros cisgêneros *gays*, e a partir disso, poderemos elucidar tais fenômenos que podem causar sofrimentos diários na vida de vocês. A partir disso, os resultados da pesquisa servirão para a produção de cuidados profissionais de enfermagem que irão auxiliar todos vocês a viverem melhor e com mais estruturas emocionais que os levarão a um melhor enfrentamento às adversidades.

Você terá a oportunidade de desistir da sua participação sem ter qualquer prejuízo a qualquer momento. Em caso de dano comprovadamente oriundo da pesquisa você terá direito a indenização através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Sobre os dados coletados: os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda do pesquisador por um período de 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, sendo destruídos ao final deste. É importante também saber que o CEP receberá os relatórios parciais e finais da pesquisa, contendo os resultados a prestação de contas da pesquisa e poderão ser consultados. Além disso, os resultados irão produzir artigos científicos e capítulos de livros, que serão publicados em periódicos de alto fator de impacto e indexações como *Web of Science (WoS)*, *Scopus* e *Scielo*.

Sobre a confirmação da participação na pesquisa: ao final desse termo, você encontrará duas opções referentes ao conteúdo do termo, que diz respeito a sua concordância ou discordância referentes ao conteúdo apresentado, a sua autorização e a sua posterior participação na pesquisa, para somente após ser considerado participante e iniciar o preenchimento do termo.

Peço então, que você clique na opção: “concordo, estou ciente que fui informado sobre a pesquisa, e de maneira autônoma e livre, desejo participar”.

Sobre o Comitês de Ética em Pesquisa:

*Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEP leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias.

Assim, os CEP procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP pela instituição proponente (aquela que está realizando a pesquisa). Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato no seguinte CEP: Comitê de Ética em Pesquisa da: Instituição- cidade, estado, país, CEP, telefone fixo ou pelo *e-mail* (informações serão inseridas, caso aprovação em processo seletivo)

Referências:

Ofício circular nº 2/2021; resoluções 466/2012, 510/2016 e 674/2022 e a Lei geral de proteção de dados.

Concordo em participar do estudo intitulado: H-Enf-Brasil: CONHECIMENTO E PRÁTICA EM ENFERMAGEM E SAÚDE DE HOMENS - CONSTRUÇÃO TEÓRICA, METODOLÓGICA E DE IMPLEMENTAÇÃO NO CENÁRIO NACIONAL”

_____ Nome do participante ou responsável	Data: ____/____/____
_____ Assinatura do participante ou responsável	

Eu, Anderson Reis de Sousa, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador	Data: ____/____/____
--	----------------------

APÊNDICE B - Instrumentos de coleta de dados - homens adultos

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE</p> <p>NÚCLEO DE ESTUDOS DE CUIDADO E TECNOLOGIA DA SAÚDE DO ADULTO - NECTA</p>	
Pesquisa: "LETRAMENTO EM SAÚDE CENTRADO NO AUTOMANEJO DA Aids EM HOMENS HOSPITALIZADOS: ESTUDO MISTO"	
Pesquisadora Principal: Carolina da Silva Bulcão	Orientador: Dr. Anderson Reis de Sousa
Número da Entrevista: _____	Data da Entrevista: __/__/__
ETAPA QUAN – DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	
BLOCO 01	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE/DOENÇA E INTERNAMENTO HOSPITALAR	
TÓPICO 01A - CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS:	
1. Número da entrevista: ____ 2. Idade: ____ 3. Raça/Cor autodeclarada: () Branco () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Outra / Qual? ____ 4. Estado civil: () Solteiro () Casado () União estável () Separado/Divorciado () Viúvo 5. Escolaridade: () Sem instrução () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós-graduação 6. Profissão: ____ 7. Ocupação: ____ 8. Religião/Crença: () Católica () Evangélico () Candomblé () Espiritismo () Ateu () Agnóstico () Umbanda () Testemunha de Jeová () Outro 9. Tipo de moradia: () Urbana/Casa () Urbana/Apartamento () Rural () Ocupações () Abrigo temporário () Nenhum 10. Condição de moradia: () Própria () Alugada () Cedida () Ocupada () Situação de rua () Desabrigado 11. Com quem mora atualmente? () Sozinho () Companheiro () Filhos () Pais () Amigos () Irmãos 12. Possui energia elétrica em casa? () Sim () Não 13. Água encanada? () Sim () Não 14. Coleta de lixo? () Sim () Não 15. Utiliza com maior frequência que tipo de locomoção? () Carro () Motocicleta () Ônibus () Metrô () Bicicleta () Outro 16. Qual a sua renda em reais? () Até 1 SM () De 1 a 2 SM () De 3 a 4 SM () Acima de 5 SM () Não tenho renda 17. Quantas pessoas dependem dessa renda? () 0 () 1 () 2 () 3 () +3 18. Recebe algum auxílio do governo? () Sim () Não Qual ____ 19. Quem provém o sustento da casa? () Eu () Companheiro (a) () Ambos (Eu e companheiro) () Pais () Ninguém () Amigo(s) () Irmão(s) () Familiar () Outro 20. Situação no mercado de trabalho () Empregado com carteira assinada () Empregado sem carteira assinada () Servidor público () Autônomo () Aposentado/pensionista () Desempregado	
TÓPICO 01B - CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE:	
21. Como você avalia a sua vida vivendo com o HIV? () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima () Ainda não sei como será 22. Como você avalia as ações em saúde realizadas na comunidade/bairro que reside? () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima () Não tem () Tem, mas não participo () Nunca tomei conhecimento () Participo, mas não consigo entender a maioria das coisas que eles falam 23. Adesão ao Tratamento: () Recente, já em uso de TARV () Recente, ainda não estou em uso de TARV () Abandono () Irregular () Sem tratamento () Regular 24. Presença de outras doenças/agravos: () Sim () Não 25. Usa/usava preservativo durante a relação sexual? () Sim () Não 26. Usa álcool e outras drogas? () Tabagismo () Ex tabagista () Etilismo () Ex etilista () Maconha () Ilícitas () Anabolizante () Não () Ex usuário de substâncias ilícitas () Outro () Etilismo social 27. Parceria afetivo-sexual atual () Fixa () Múltiplas () Nenhum () Casual 28. Parceria(s) afetivo-sexual anteriores: () Fixa () Múltiplas () Nenhum () Casual 29. Orientação sexual: () Heterossexual () Bissexual () Homossexual () HSH () Intersexo () Pansexual () Assexual () Demisssexual () Outro 30. Sabe o que é PrEP - Profilaxia Pré-Exposição ao HIV? () Sim () Não 31. Sabe o que é PEP - Profilaxia Pós-Exposição ao HIV? () Sim () Não 32. Sabe o que é PEP Doxy-PEP - Profilaxia Pós-Exposição às IST bacterianas () Sim () Não.	
TÓPICO 01C - CARACTERÍSTICAS DO INTERNAMENTO	
33. Motivo do internamento: () Respiratório () Dermatológico () Oncológico () Gastrointestinal () Outras ISTs () Cardiologia () Ortopedia () Neurologia () Geniturinário () Vascular () Oftalmologia () Otorrino () Psiquiátrico () Endócrino () Proctologia 34. DIH: () 1 - 10 dias () 10 - 20 dias () 20 - 30 dias () 30 - 40 dias () 40 - 50 dias () + 50 dias 35. Data do diagnóstico: () 1 ano () 2 anos () 3 anos () 4 anos () + 5 anos () Recente 36. Alta Hospitalar () Melhora clínica () Evasão () Desistência do tratamento () Óbito () Ainda não saiu de alta 37. Transferência para UTI () Sim () Não 38. Mobilidade Física: () Acamado () Semi-acamado () Restrito ao leito () Imobilizado no leito () Deambulante 39. Avaliação do serviço de internamento hospitalar: () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima 40. Entendimento das informações passadas pelos profissionais da unidade de internação: () De fácil entendimento () De entendimento razoável, entendendo algumas coisas () De difícil entendimento () Até agora	

não recebi nenhuma orientação 41. Avaliação da exposição de suas informações de saúde pelos profissionais de saúde à beira leito: () Discreta () Indiscreta 42. Profissional de saúde com quem mais interagiu durante a internação: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Médico () Nutricionista () Dentista () Psicólogo () Terapeuta ocupacional () Não sei () Outro 43. Quando tiver alta e sentir que está ficando doente, sabe o que fazer? () Sim () Não

44. Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes:

- () Integridade da pele prejudicada - processo infeccioso
- () Integridade da pele prejudicada - imobilidade
- () Integridade da membrana oral prejudicada - processo infeccioso
- () Risco de integridade da pele prejudicada - extremos de idade
- () Risco de lesão por pressão - mobilidade prejudicada
- () Risco de lesão por pressão - mobilidade prejudicada
- () Dor aguda - evolução da doença
- () Dor aguda - agentes lesivos: biológicos, químicos, físicos e psicológicos
- () Mobilidade física prejudicada - dor
- () Mobilidade física prejudicada - prejuízo neuromuscular
- () Risco de infecção - procedimento invasivo
- () Risco de infecção - exposição ambiental à patógenos aumentada
- () Risco de infecção - imunossupressão
- () Risco de infecção - ruptura das barreiras naturais
- () Hipertermia - processo infeccioso
- () Constipação - falta de privacidade
- () Constipação - imobilidade
- () Constipação - efeitos colaterais de medicações
- () Risco de constipação - imobilidade
- () Risco de constipação - ingestão de dieta inadequada
- () Risco de constipação - efeitos colaterais de medicações
- () Incontinência intestinal - alteração do trato gastrointestinal
- () Incontinência intestinal - prejuízo neuromuscular
- () Risco de desequilíbrio eletrolítico - volume de líquidos excessivo
- () Risco de desequilíbrio eletrolítico - volume de líquidos deficiente
- () Risco de desequilíbrio eletrolítico - diarreia
- () Risco de desequilíbrio eletrolítico - vômitos
- () Diarreia - processo infeccioso
- () Diarreia - efeito da dieta enteral
- () Eliminação urinária prejudicada - prejuízo neuromuscular
- () Eliminação urinária prejudicada - infecção do trato urinário
- () Retenção urinária - infecção do trato urinário
- () Retenção urinária - prejuízo neuromuscular

- () Nutrição desequilibrada: menos que as necessidade corporais - alteração na mucosa oral
- () Nutrição desequilibrada: menos que as necessidade corporais - inapetência
- () Nutrição desequilibrada: menos que as necessidade corporais - náuseas e/ou vômitos
- () Nutrição desequilibrada: menos que as necessidade corporais - alteração do nível de consciência
- () Nutrição desequilibrada: menos que as necessidade corporais - efeitos colaterais de medicações
- () Deglutição prejudicada - lesão na cavidade orofaríngea
- () Deglutição prejudicada - distúrbios neurológicos/neuromusculares
- () Deglutição prejudicada - fatores mecânicos
- () Deglutição prejudicada - extremos de idade
- () Risco de quedas - efeitos adversos da medicação
- () Risco de quedas - alterações fisiológicas
- () Risco de quedas - mobilidade prejudicada
- () Risco de quedas - extremos de idade
- () Padrão respiratório ineficaz - fadiga
- () Padrão respiratório ineficaz - ansiedade
- () Padrão respiratório ineficaz - processo infeccioso de vias aéreas
- () Padrão respiratório ineficaz - secreções espessas e/ou excessivas
- () Intolerância à atividade - alteração respiratória
- () Percepção auditiva alterada - distúrbios neurológicos
- () Percepção auditiva alterada - alterações anatômicas do aparelho auditivo
- () Percepção auditiva alterada - afecções do ouvido
- () Percepção auditiva alterada - processo de envelhecimento
- () Risco de suicídio
- () Confusão aguda - dano neurológico
- () Confusão crônica - dano neurológico
- () Memória prejudicada
- () Processos de pensamento alterados - distúrbio psiquiátrico
- () Risco de sangramento - distúrbios hematológicos
- () Risco de sangramento - alteração do trato gastrointestinal
- () Risco da glicemia instável
- () Conforto prejudicado - sintomas da doença
- () Perfusão tissular ineficaz: periférica - comprometimento do fluxo sanguíneo
- () Insônia - fatores ambientais
- () Insônia - desconforto físico
- () Insônia - alteração emocional
- () Déficit no autocuidado: banho e ou higiene - evolução da doença
- () Risco de quedas - alteração neurológica

- ☐ () Risco de aspiração - capacidade prejudicada para deglutir
- ☐ () Déficit do autocuidado: banho e/ou higiene - terapias restritivas
- ☐ () Fadiga - evolução da doença
- ☐ () Dispneia
- ☐ () Uso de substâncias
- ☐ () Déficit no autocuidado: banho e ou higiene – confusão mental
- ☐ () Integridade tissular prejudicada - trauma mecânico
- ☐ () Outro

45. Intervenções de Enfermagem mais frequentes:

- ☐ () Banho no leito ou encaminhamento para banho de cadeira e/ou aspersão
- ☐ () Curativo
- ☐ () Preparo e orientações para exames
- ☐ () Sondagem vesical e/ou gástrica
- ☐ () Encaminhamento para exames
- ☐ () Avaliação e exame físico diária
- ☐ () Prescrição de enfermagem
- ☐ () Aprazamento de medicações
- ☐ () Avaliação das escalas de Braden, Morse e Fugulin

46. Condutas Médicas mais frequentes:

- ☐ () Solicitação de exames admissionais (PF com pesquisa de oportunistas, sorologias, escarro)
- ☐ () Avaliação e prescrição medicação
- ☐ () Solicitação de exames de imagem
- ☐ () Solicitação de interconsultas de outras especialidades
- ☐ () Coleta de material para exames (gasometria, líquor)
- ☐ () Discussão com preceptoria e equipe multiprofissional para melhor terapêutica guiada
- ☐ () Avaliação e exame físico diário

47. Condutas da Fisioterapia mais frequentes:

- ☐ () Monitorização cardiorrespiratória
- ☐ () Cinesioterapia ativa
- ☐ () Estímulo a deambulação
- ☐ () Treino de marcha
- ☐ () Orientações ao paciente/acompanhante e equipe
- ☐ () Avaliação diária dos pacientes com déficit motor
- ☐ () Avaliação diária dos pacientes com disfunção respiratória
- ☐ () Sem demanda
- ☐ () Não teve registro de atendimento

48. Condutas da Assistente Social mais frequentes:

- ☐ () Entrevista social, acolhimento e escuta ativa para levantamento das principais demandas
- ☐ () Orientações sobre normas rotinas e fluxos da enfermagem
- ☐ () Orientações sobre medidas de biossegurança para redução de riscos
- ☐ () Encaminhamento de demanda para MP, Defensora e IPM
- ☐ () Orientações previdenciárias
- ☐ () Busca por contatos e familiares que possam participar da rede de apoio
- ☐ () Solicitação de vaga em abrigo com concordância do paciente, quando esgotadas todas as possibilidades de rede de apoio
- ☐ () Suporte da hotelaria
- ☐ () Articulação com equipamentos sociais e de saúde (Secretaria de Saúde, USF de referência para o território do paciente, etc)
- ☐ () Sem demanda
- ☐ () Não teve registro de atendimento

49. Condutas da Psicologia mais frequentes:

- ☐ Oferta de acolhimento, escuta qualificada e suporte psicológico
- ☐ Atendimento psicológico
- ☐ Apresentação do serviço de psicologia
- ☐ Favorecimento de adesão medicamentosa e reforço da implicação no tratamento
- ☐ Acompanhamento psicológico
- ☐ Sem demanda
- ☐ Não teve registro de atendimento

50. Condutas da Farmácia mais frequentes:

- ☐ Avaliação diária dos pacientes
- ☐ Conciliação medicamentosa
- ☐ Monitorar a efetividade e segurança da terapia instituída
- ☐ Garantir o uso racional de medicamentos
- ☐ Admissão farmacêutica
- ☐ Orientar sobre a solicitação de medicamentos para o Ministério da Saúde
- ☐ Aguardar processo investigativo para otimizar a farmacoterapia que será adotada
- ☐ Validação diária das prescrições
- ☐ Notificação de RAMs
- ☐ Não teve registro de atendimento

51. Condutas da nutrição mais frequentes:

- ☐ Triagem nutricional
- ☐ Prescrição Nutricional
- ☐ Atualização da dieta
- ☐ Orientação do paciente sobre alternativas de vias de alimentação
- ☐ Identificar necessidade de suplementação
- ☐ Orientações para alta em caso de uso de dispositivos (ex: SNE e GTT)
- ☐ Não teve registro de atendimento
- ☐ Avaliação física

52. Condutas da fonoaudiologia mais frequentes:

- ☐ Avaliação funcional da deglutição
- ☐ Avaliação da linguagem
- ☐ Avaliação da fala
- ☐ Fonoterapia direta para reintrodução da alimentação via oral
- ☐ Estimulação das habilidades comunicativas
- ☐ Sem demanda
- ☐ Não teve registro de atendimento

53. Condutas da terapia ocupacional mais frequentes*

- ☐ Estimular o nível de alerta e de interação
- ☐ Realizar alinhamento biomecânico
- ☐ Proporcionar conforto
- ☐ Favorecer maior independência funcional nas AVD
- ☐ Promover estratégias para lidar com o processo de internamento
- ☐ Sem demanda
- ☐ Não teve registro de atendimento

54. Condutas da odontologia mais frequentes:


- ☐ Solicitação de exames de imagem
- ☐ Exodontia
- ☐ Orientação quanto a dieta e uso de medicação
- ☐ Acompanhamento odontológico
- ☐ Anamnese e exame físico
- ☐ Sem demanda
- ☐ Não teve registro de atendimento
- ☐ Orientação quanto a higienização diária

BLOCO 02					
REDE DE APOIO/SOCIAL					
TÓPICO 02A – APOIO SOCIAL E FAMILIAR					
<p>55. Quem te ajuda nos cuidados com a sua saúde em relação ao HIV?</p> <p>() Família</p> <p>() Amigo(a)</p> <p>() Ninguém</p> <p>() Profissionais de saúde</p> <p>() Outros</p> <p>() Companheiro(a)</p> <p>() Ex companheiro(a)</p>					
<p>56. Quando sentiu que estava ficando doente, qual instituição de saúde você procurou primeiro</p> <p>() PSF do meu território</p> <p>() UPA</p> <p>() Esperou a próxima consulta de acompanhamento com infectologia</p> <p>() Centro de referência para atendimento de ISTs</p> <p>() Não procurou</p> <p>() Hospital de minha cidade</p> <p>() Médico especialista em unidade particular</p> <p>() HUPES</p> <p>() AMBULATÓRIO MAGALHÃES NETO</p>					
BLOCO 03					
ESCALAS 2, 3, 4, 6 e 9 - Health Literacy Questionnaire - HLQ					
ESCALA	PERGUNTAS	RESPOSTAS			
		1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Concordo	4.Concordo totalmente
Domínio: Informações suficientes para cuidar da saúde (quatro itens)					
Escala 2	1. Na minha opinião, tenho boas informações sobre saúde				
	2. Eu tenho informação suficiente para me ajudar a lidar com meus problemas de saúde.				
	3. Eu tenho certeza de que tenho toda informação que preciso para cuidar bem da minha saúde.				
	4. Eu tenho toda a informação que preciso para cuidar da minha saúde.				
	Resultado:				
Domínio: Cuidado ativo da saúde (cinco itens)					

Escala 3	1. Eu gasto bastante tempo envolvido com minha saúde.					
	2. Eu faço planos sobre o que eu preciso fazer para ser saudável.					
	3. Apesar de outras coisas acontecendo em minha vida, eu encontro tempo para me manter saudável.					
	4. Eu decido meus próprios objetivos sobre saúde e boa forma.					
	5. Há coisas que eu faço regularmente para me tornar mais saudável					
Resultado:						
Domínio: Suporte social para a saúde (quatro itens)						
Escala 4	1. Eu tenho acesso à várias pessoas que me entendem e me apoiam					
	2. Quando me sinto doente as pessoas ao meu redor realmente entendem o que estou passando					
	3. Se precisar de ajuda, tenho muitas pessoas com quem posso contar					
	4. Eu tenho pelo menos uma pessoa que pode me acompanhar às consultas médicas					
	5. Eu tenho forte apoio da família ou de amigos					
Resultado:						
ESCALA	PERGUNTAS	Sempre difícil (1)	Geralmente difícil (2)	Às vezes difícil (3)	Geralment e fácil (4)	Sempre fácil (5)
Domínio: Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde (cinco itens)						
Escala 6	1. Ter certeza de que os profissionais de saúde entendem os seus problemas corretamente.					
	2. Sentir-se capaz de conversar sobre suas preocupações de saúde com um profissional de saúde.					
	3. Ter boas conversas sobre sua saúde com médicos.					
	4. Conversar com os profissionais de saúde até que você entenda tudo que precisa.					
	5. Fazer perguntas aos profissionais de saúde para conseguir as informações que você precisa.					

	Somatório:				
Domínio: Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer (cinco itens)					
Escala 9	1. Preencher formulários médicos corretamente.				
	2. Seguir exatamente as instruções dos profissionais de saúde.				
	3. Ler e entender informações escritas sobre a saúde.				
	4. Ler e entender todas as informações em rótulos de medicamentos.				
	5. Entender o que os profissionais de saúde estão pedindo que você faça.				
	Somatório:	Resultado Total:			

Referência: Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13(1):658–74.

 <p style="text-align: center;"> UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE NÚCLEO DE ESTUDOS DE CUIDADO E TECNOLOGIA DA SAÚDE DO ADULTO - NECTA </p>
<p>Pesquisa: “LETRAMENTO EM SAÚDE CENTRADO NO AUTOMANEJO DA Aids EM HOMENS HOSPITALIZADOS: ESTUDO MISTO”</p> <p>Pesquisadora Principal: Carolina da Silva Bulcão Orientador: Dr. Anderson Reis de Sousa</p> <p>Número da Entrevista: _____ Data da Entrevista: ____/____/____</p>
ETAPA QUAL ROTEIRO DE ENTREVISTA LETRAMENTO EM SAÚDE
<p>COMPLEMENTARIEDADE DAS INFORMAÇÕES RELATIVAS À ESCALA 2 DO HLQ – INFORMAÇÕES SUFICIENTES PARA CUIDAR DA SAÚDE</p> <p>80. Pergunta: Conte-me como Sr. faz para ter informações sobre a sua saúde. (Que tipo de informações em saúde Sr. costuma buscar? Onde você obtém as informações em saúde que busca? Sente que precisa ter mais informações sobre a sua situação de saúde, para evitar ficar doente? Sabe o que é PrEP, PEP e PEP Doxy? Sobre o uso da TARV)</p> <p>81. Pergunta: Fale-me o quão satisfeito o senhor é com as informações em saúde que encontrou até este momento. (O que lhe torna satisfeito? O que lhe torna insatisfeito? O Sr. acredita que algo pode ser melhorado?)</p> <p>COMPLEMENTARIEDADE DAS INFORMAÇÕES RELATIVAS À ESCALA 3 DO HLQ – CUIDADO ATIVO DA SAÚDE</p> <p>82. Pergunta: Descreva-me como o Sr. cuida da sua saúde. (O senhor tem tempo suficiente para cuidar de minha saúde? Sr. vivencia facilidades pra cuidar da saúde? Há dificuldades? E após a descoberta do HIV, como ficou o cuidado da sua saúde? Como o Sr. pretende/planeja cuidar da sua saúde após o internamento? Já esteve internado outras vezes? Sobre o uso de preservativo e substâncias)</p> <p>COMPLEMENTARIEDADE DAS INFORMAÇÕES RELATIVAS À ESCALA 4 DO HLQ – SUPORTE SOCIAL PARA A SAÚDE</p> <p>83. Pergunta: Fale-me acerca da presença e participação de outras pessoas no cuidado da saúde. (Há participação de membros da família? Amigos? Colegas de trabalho? Vizinhos?)</p> <p>84. Pergunta: Diga-me como o Sr. percebe o apoio dos membros da sua família no cuidado da sua saúde.</p> <p>COMPLEMENTARIEDADE DAS INFORMAÇÕES RELATIVAS À ESCALA 6 DO HLQ – CAPACIDADE DE INTERAGIR ATIVAMENTE COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</p>

85. Pergunta: Conte-me como o Sr. faz para ter acesso e poder conversar sobre sua condição com os profissionais de saúde. (Sr. entende o que os profissionais estão lhe falando? Fica com alguma dúvida? Que tipo de informações o senhor espera receber dos profissionais durante esse internamento? Durante esse internamento o senhor já recebeu alguma informação sobre o cuidado com a saúde, que se soubesse antes, teria evitado o seu adoecimento? O Sr. consegue conversar abertamente? O senhor fala de suas preocupações/dúvidas com o cuidado de sua saúde com algum profissional? Fala sobre o HIV e a Aids? Quando recebe alguma orientação do profissional de saúde, que não condiz com sua realidade, o senhor fala de outras alternativas, ou simplesmente, não faz como o profissional orientou? Estar em leito compartilhado impede de fazer perguntas aos profissionais?)

COMPLEMENTARIEDADE DAS INFORMAÇÕES RELATIVAS À ESCALA 9 DO HLQ –
COMPREENDER BEM AS INFORMAÇÕES DE SAÚDE E SABER O QUE FAZER

86. Pergunta: Aponte-me o que o Sr. faz entender informações escritas dos profissionais de saúde.

(O Sr. consegue entender tudo o que está escrito? O que acha das prescrições? E das bulas dos medicamentos? E dos resultados dos exames? Fica com alguma dúvida?)

87. Pergunta: Descreva-me o que o Sr. sabe sobre o HIV e a Aids.

Referência: Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13(1):658–74. (adaptado)
LORIG, K. R. et al - Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. Nurs. Res., 52: 361-369, 2003. (adaptado)

ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (01)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - HUPES/UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: H-Enf-Brasil: CONHECIMENTO E PRÁTICA EM ENFERMAGEM E SAÚDE DE HOMENS - CONSTRUÇÃO TEÓRICA, METODOLÓGICA E DE IMPLEMENTAÇÃO NO CENÁRIO NACIONAL

Pesquisador: Anderson Reis de Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76017423.3.3001.0049

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.821.769

Apresentação do Projeto:

RETIRADO NA ÍNTERGRA DA BROCHURA DO PROJETO.

Métodos: Projeto de pesquisa matriz, do tipo guarda-chuva, multimétodo, que será realizado com homens, profissionais e trabalhadores da área da saúde; familiares; profissionais especialistas de validação, testagens, desenvolvimento de tecnologias; gestores dos serviços de saúde e da implementação de políticas públicas, residentes no Brasil, em um período de cinco anos. Envolverá a aplicação de instrumentos de coleta de dados semiestruturados, com a inclusão de escalas e/ou questionários validados e/ou a serem validados no Brasil.

Tratar-se-á de um projeto de pesquisa matriz guarda-chuva, multimétodo, com abordagem mistas que une distintas técnicas e métodos de abordagem qualitativa e quantitativa, a ser realizado com enfoque na saúde de homens adultos residentes no Brasil. Esse projeto está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil, do qual se derivarão projetos de pesquisa menores, vinculados à graduação, especialização, mestrado e doutorado. A seguir, serão descritas as seções dos métodos científicos a serem adotados no estudo.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

4.1 TIPOS DE ESTUDOS

O projeto irá abarcar um estudo multimétodo, definido como uma orientação pluralística que valoriza a praticidade, busca tratar e responder às questões de pesquisa, pois assume múltiplas formas de dar sentido ao mundo, integrando abordagens mistas (CRESWELL, CLARK, 2011). Além disso, essa abordagem plurimetodológica objetiva a redução de vieses inerentes da pesquisa pela capacidade de atender a todas as especificidades dos fenômenos que serão investigados (GÜNTHER, ELALI, 2004).

As orientações metodológicas para esse tipo de estudo recomendam ao pesquisador, o emprego de uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa), o que faz avançar para a terceira etapa, a de teorização e desenvolvimento de estudo misto, que também poderá ser empregada no alcance de outros objetivos específicos propostos, por possibilitar análises numéricas e de conteúdo das sugestões, opiniões, contribuições e ideais dos participantes da investigação, para o alcance do conhecimento acerca de elementos pragmáticos, objetivos e práticos do fenômeno. As abordagens qualitativas e quantitativas, isoladamente, também serão empregadas, na medida em que o objetivo em foco necessitar (DEMO, 2000; POLIT, BECK, 2019; YIN, 2016). Para tanto, serão empregadas técnicas para a integração de ambos os dados de natureza distinta, a exemplo do joint displays (OLIVEIRA, 2020; OLIVEIRA, BAIXINHO, PRESADO, 2019; SERAPIONI, 2000).

Quanto aos estudos de abordagem quantitativa (QUAN), poderão ser empregados os estudos de corte transversal, o qual poderá ser delineado por incidência ou prevalência de um fenômeno investigado. Tal tipo de estudo epidemiológico, são realizadas observações em um mesmo momento histórico (ROUQUAYROL, 1994). Contudo, poderá haver a necessidade de empregar uma pesquisa longitudinal, de intencionalidade comparativa e/ou direta, retrospectiva, a exemplo dos estudos de caso e controle ou prospectiva, como no caso dos estudos de coorte, em que há um grupo populacional definido e seguido, prospectivamente, possibilitando conhecer o efeito e a causa (BORDALO, 2006). Ressalta-se que os estudos observacionais, não há intervenção ou modificação de qualquer aspecto a ser estudado (HOCHMAN et al., 2005).

Testes de acurácia, a exemplo dos estudos de acurácia diagnóstica, quando houver o emprego de Diagnósticos de Enfermagem como foco central das investigações, implicará no controle ou padrão de referência, da análise dos resultados de um novo estudo a ser realizado, a fim de apresentar um padrão-ouro (HOCHMAN et al., 2005). Outrossim, em termos, clínicos, os ensaios clínicos também poderão ser empregados, envolvendo o cumprimento de um rigor

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

científico, por apresentarem bons padrões de avaliação de questões terapêuticas em saúde. Caso tal tipo de estudo seja empregado, um protocolo de pesquisa será formulado, sendo o mesmo, submetido à registro no The Brazilian Registry of Clinical Trials (ReBEC).

Quanto a abordagem qualitativa (Qual), alguns tipos de estudo poderão ser empregados na etapa os estudos de Teoria Fundamental nos Dados; Pesquisa-Ação, Estudos de Caso Único e/ou Múltiplos; Análise de Conteúdo Temático e/ou Análise de Conteúdo Temático Reflexiva; grupos focais/reflexivos. As técnicas como o Discurso do Sujeito Coletivo, Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) (MARTINS, 2004; CORBIN, STRAUSS, 2015; SERAPIONI, 2000; LEFÈVRE, LEFÈVRE, TEIXEIRA, 2000; BARDIN, 1977).

O primeiro método utilizado será o estudo metodológico, de inovação tecnológica, compreendido como uma estratégia de pesquisa que foca o uso sistemático dos conhecimentos existentes para a elaboração ou melhora de um instrumento, um método de pesquisa ou algum novo produto, dispositivo ou ferramenta através do desenvolvimento, validação e avaliação, que objetiva construir produtos sólidos, confiáveis, precisos e replicáveis, que serão utilizados para lidar com fenômenos complexos como o comportamento em saúde dos indivíduos masculinos.

Nesse projeto, a literatura científica, as representações sociais e a práxis de profissionais de enfermagem poderão compor a compreensão prévia, capaz de identificar as necessidades e propor sugestões e intervenções que irão subsidiar a proposição tecnológica (POLIT, BECK, 2019; BOCK, 2019).

O estudo metodológico, de inovação tecnológica, e suas variações, possui as seguintes etapas: diagnóstico da realidade e teorização de conceitos; análise e desenho coletivo da proposta tecnológica; teorização e desenvolvimento de estudo misto; apreciação; desenho final; validação e avaliação (BOCK, 2019).

Na etapa de diagnóstico da realidade e teorização de conceitos, será realizada uma aproximação com os público-alvo, em ambientes de saúde e de convivência diversos, no Estado da Bahia e demais estados do Brasil, caso a investigação ocorra, devido a importância do primeiro contato, para compreensões genéricas das reais necessidades; estudos de análise e desenvolvimento de conceitos; estudos de revisões; prospecção tecnológica; análise documental e (n)etnografias, incluindo o recurso da Web Survey.

Os estudos de revisão sistemática da literatura, são definidos como métodos explícitos e reproduzíveis, que permitem identificar, avaliar e sintetizar estudos, parte de uma pergunta claramente formulada, além disso, permite colher e analisar os dados encontrados, que foram

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

incluídos na revisão para que averiguações sejam possíveis. Para tanto, serão adotados recomendações, protocolos e diretrizes específicas, a fim de garantir a qualidade metodológica, o rigor científico e ético. O estudo de análise e de desenvolvimento de conceito (conceitos estes propostos nos objetivos e serão adaptados a essa estrutura metodológica), será desenvolvido através de cinco etapas: 1) Esclarecimento dos limites do conceito e critérios de elegibilidade dos atributos do conceito; 2) Avaliação das propriedades do conceito; 3) Inclusão de novas dimensões; 4) Comparação e diferenciação das propriedades e fornecimento de exemplos do conceito e 5) Identificação dos pressupostos e das bases filosóficas sobre os eventos que desencadeiam os fenômenos e proposição de questões, numa perspectiva de enfermagem (MELEIS, 2012).

A prospecção tecnológica, uma revisão sistemática de tecnologias, exige algumas especificidades, no que tange às plataformas para o acesso ao banco de dados, muito usada para mapear a existência de tecnologias e subsidiar o desenvolvimento de novas tecnologias, que visa a melhoria coletiva por meio de um método sistemático para averiguar os avanços científicos e tecnológicos, com caráter de monitoramento, previsão e visão. Seus protocolos serão anexados na Plataforma Open Science Framework (OSF) ou outra correspondente (PETERS, MCLNERNEY, MUNN, TRICCO et al., 2020; ROCHA, RABELO, RODRIGUES, ROCHA et al., 2020).

Algumas etapas, com base no PRISMA-ScR, serão seguidas, a saber: 1) Definição das perguntas e objetivos; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3) Definição da estratégia de busca; 4) Busca nas bases de dados/lojas virtuais de aplicativos; 5) Seleção dos estudos/aplicativos; 6) Categorização; 7) Análise; 8) Apresentação dos resultados e 9) Conclusão e observações sobre as implicações das descobertas (PETERS, MCLNERNEY, MUNN, TRICCO et al., 2020; ROCHA, RABELO, RODRIGUES, ROCHA et al., 2020).

A análise documental de manuais, protocolos e legislações voltadas às políticas públicas de saúde do homem, será desenvolvida, concomitante. Estudos etnográficos e netnográficos serão considerados no momento de aproximação inicial dos eventos relacionados ao objeto de estudo, visto que a pesquisa engloba o entendimento de questões sociais e antropológicas do comportamento das masculinidades, suas crenças, hábitos e costumes (SOARES, STENGEL, 2021). Todos os cuidados serão tomados para evitar perda, rasura, extravio de dados, bem como interpretações errôneas, a partir do treinamento, supervisão e avaliação das práticas adotadas na condução da pesquisa.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

Ademais, os estudos netnográficos adaptam os dispositivos etnográficos para a realidade virtual. Em vista disso, a netnografia irá se desenvolver de maneira natural ou orgânica, recorrendo-se a observação participante, como contato prévio essencial para a necessidade de abranger outros elementos, como entrevistas, estatísticas descritivas, coletas de dados arquivados, análise de caso histórico estendida, videografia, técnicas projetivas como colagens, análise semiótica e uma série de outras técnicas (KOZINETS, 2014).

No caso dos estudos de iconografia, a coleta de dados também terá a abordagem qualitativa, a partir de conteúdos explícitos nas mesmas Redes Sociais Digitais de caráter audiovisual (áudio e vídeo), a exemplo dos vídeos, reels, podcast, realizados pelos possíveis participantes da pesquisa, sejam eles em espaços individuais (perfis, páginas, canais) ou coletivos (sites de repartições, empresas). Ressalta-se que todas as técnicas empregadas cumprirão os mesmos aspectos éticos, resguardando a preservação da imagem e das identidades. Para tanto, as páginas, grupos e perfis a serem consultados seguirá um protocolo específico de coleta, com critérios pré-estabelecidos, a serem definidos pela equipe de pesquisa após a coleta de dados das entrevistas. Por sua vez, a análise iconográfica dos vídeos, utilizará a plataforma do Youtube TM, como fonte para consulta, sendo aplicados critérios prévios que serão estabelecidos, e o seguimento de uma arcabouço metodológico próprio. Afirma-se que nesta etapa também serão preservados os aspectos éticos e nenhuma informação de cunho individual será explicitada nos estudos a serem desenvolvidos. Serão adotados critérios para a detecção das fake news. Também serão desenvolvidos estudos qualitativos narrativos, os quais se basearão em dados oriundos de entrevistas, que poderão ser individuais e/ou em grupos, a partir da metodologia a ser empregada. Quando realizadas em tanto individuais quando em grupo, será apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para tanto, não será utilizada o recurso de imagem, mas apenas o de áudio para a captação dos dados de pesquisa. As entrevistas serão realizadas em locais adequados, acordados com os participantes, mantendo a preservação da identidade. Os recursos poderão ser variados, incluindo o uso de gravador próprio, plataformas digitais (ex: Google Meet®), aplicativos de conversação (ex: WhatsApp®). Os encontros poderão ser variados, a depender da metodologia empregada, mas sempre será cumprido os aspectos éticos da pesquisa (BRASIL, 2012).

A Survey online, termo similar ao “meio ou ambiente virtual”, que trata-se de um tipo de pesquisa e de coleta de dados que envolve a utilização da internet (como e-mails, sites

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, entre outros), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, entre outros), assim como programas e aplicativos que utilizam esses meios, será utilizada para a captação de homens em todo o Brasil (BRASIL, 2021). Quando realizado, respeitará a privacidade dos participantes, a garantia do anonimato, o cuidado ético na construção do acervo, com controle da vigilância e da proteção dos dados, prevenindo o vazamento dos mesmos. Após prospecções, o avanço será para a segunda etapa, a de análise e desenho coletivo da proposta tecnológica, que precisará seguir as recomendações dos estudos de inovação, conceituados como uma interface do cuidar, educar e gerenciar, derivada dos avanços da ciência realizada pelo homem, ancorada por mediações do pensar, refletir, questionar e criticar o contexto de aplicabilidade, o que a equipe de pesquisa julga ser possível de criação e execução (BOCK, 2019).

Nessa fase, o protocolo em fases, do modelo de Design Instrucional Contextualizado (DIC) será empregado no processo de construção do(s) aplicativo(s), a saber: análise (definir o conteúdo com base nas necessidades encontradas); design (prototipagem e estrutura da interface do aplicativo); desenvolvimento (produção do aplicativo propriamente dita) e avaliação (revisão de conteúdo e testes de correção de erros) (FILATRO, 2011). Destarte, outras etapas inerentes das pesquisas tecnológicas, como a inteligência de mercado; análise de viabilidade; prototipagem; engenharia; marketing e melhoria contínua, serão consideradas.

A inovação tecnológica em si, está associada ao surgimento de criações, inventos ou tecnologias geradas em ambientes de pesquisa científica, que acarretem aumento de qualidade e produtividade, de modo a contribuir efetivamente com o desenvolvimento socioeconômico como um fator relevante para gestores públicos enfrentarem questões técnicas, econômicas e sociais no país, pois otimiza o desempenho de determinados resultados, como exemplos: sistemas operacionais com interface gráfica, inteligência artificial e Sistema de Posicionamento Global (GPS) (LEAL, FIGUEREDO, 2021).

As etapas de apreciação, desenho final, validação e avaliação serão executadas em sequência, para isso, os instrumentos elaborados serão submetidos ao processo de apreciação por juízes da grande área do projeto, que serão selecionados por meio da Plataforma Lattes e posteriormente, por meio dos escores que avaliam os títulos acadêmicos e científicos dos profissionais. Após selecionados, serão contactados via e-mail para uma avaliação das inovações tecnológicas e dos instrumentos que serão utilizados para mensurar os fenômenos propostos, para que seja possível a realização do processo de validação interna, e assim, a

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

equipe operacional poderá avançar para o desenho final das interfaces. A validação poderá ser de conteúdo, de construto e de critério, a depender do objetivo trabalhado (PASQUALI, 2010). Poderá recorrer a teste de validação de face e conteúdo, bem como a utilização de escalas, a fim de garantir rigor metodológico ao processo de validação teórica dos produtos e processos a serem construídos. A validação possui uma etapa de distribuição dos formulários de avaliação das inovações, em que a técnica Delphi será considerada, pois trata-se de abordagem em que os especialistas recebem um questionário formulado pela equipe de pesquisa e são solicitados a responder, usualmente, com respostas quantitativas pautadas por justificativas e informações qualitativas. As características da técnica envolvem troca de informações e opiniões entre os respondentes, anonimato das respostas e possibilidade de revisão de visões individuais (WRIGHT, 2000). A avaliação das inovações será possível através de momentos diversos, de acordo com que as ferramentas propostas sejam aplicadas e replicadas no público-alvo, através das escalas de satisfação do tipo Likert, que poderão variar na sua quantidade de itens. Quanto aos registros de propriedade intelectual, os pesquisadores envolvidos pretendem depositar as patentes das inovações tecnológicas seguindo os critérios do portal do Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), que disponibiliza tecnologias patenteadas no Brasil (LEAL, FIGUEREDO, 2021).

Objetivo da Pesquisa:

RETIRADO NA ÍNTERGRA DA BROCHURA DO PROJETO.

Objetivo:

Analisar os avanços no conhecimento científico e a prática na saúde de homens residentes no Brasil com ênfase no cuidado, na construção social das masculinidades, interseccionalidades e no campo de atuação em Enfermagem.

4.3 PARTICIPANTES E TAMANHO DA AMOSTRA

Os participantes deste estudo serão:

a) homens acima de 18 anos (1.000 participantes, em média), que aceitem participar dos estudos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de profissionais de saúde vinculados às instituições que irão compor os campos de pesquisa. A amostragem inicialmente será não probabilística, conhecida como amostragem por

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

conveniência.

Além disso, demais grupos de participantes poderão ser alvo das investigações, a saber:

- b) profissionais/trabalhadores da área da saúde (1.000 participantes, em média);
- d) profissionais de saúde especialistas de validação, testagens, desenvolvimento de tecnologias (300 participantes, em média);
- e) gestores dos serviços de saúde e da implementação de políticas públicas (100 participantes, em média).

O acesso as participantes se dará sempre mediante a anuência prévia dos espaços a serem investigados, sempre preservado a identidade, anonimato e a integridade dos mesmos. Para tanto, serão adotados os Termos de Compromisso dos pesquisadores; Termos e ou Declarações de Anuência das instituições; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os quais serão assinados e arquivados em acervos próprios no grupo de pesquisa. Ressalta-se ainda, que quando o acesso aos participantes ocorrer na ambiência virtual, uma cópia do Termo será disponibilizada ao participante, seja pelo envio direta nas Redes Sociais Digitais ou por correios eletrônicos (e-mail).

Critérios de inclusão:

Ser adulto, residir no Brasil e se identificar com a categoria identitária homem e/ou masculina.

Critérios de exclusão:

Estar em trânsito durante viagens internacionais, com passagens temporários no Brasil

4.4 EQUIPE DE PESQUISA

Os membros da equipe de pesquisa possuem vinculação direta com universidades e centros de pesquisa. Possuem experiência e treinamento tanto no método quanto na temática investigada. Já atuam em uma rede de colaboração de pesquisa nacional. A equipe não possui nenhum contato direto com os futuros possíveis participantes, não farão contatos antecipados antes da aprovação no CEP. A equipe de pesquisa será composta por discentes da graduação dos cursos de saúde, discentes do mestrado e doutorado do programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

Escola de Enfermagem, docentes vinculados ao Núcleo de Estudos em Cuidado e Tecnologia da Saúde do Adulto (NECTA), da Universidade Federal da Bahia, bem como profissionais de saúde vinculados aos estabelecimentos de saúde nos quais serão coletados os dados da pesquisa. Desenvolvedores de sistema de informação e design gráfico também estarão na equipe. Ressalta-se que para a realização de intervenções juntos aos participantes, a equipe receberá treinamento e cumprirá com medidas éticas rigorosas, tal qual o cumprimento das recomendações dispostas nas legislações nacionais vigentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RETIRADO NA ÍTERGRA DA BROCHURA DO PROJETO.

4.9 RISCOS DA PESQUISA

Este estudo poderá gerar riscos a partir da pesquisa, considerando a natureza do objeto, que circunda questões sociais, morais, políticas, culturais, psicoemocionais, e algumas, de fórum íntimo, assim como, a partir da técnica de coleta de dados a ser empregada, e mesmo, mediante a interação entre o participante e o(a) pesquisador(a), a saber:

a) Recordar de situações de saúde e doença; desencadear sentimentos e emoções negativas relacionadas ao medo, tristeza, julgamento, fiscalização, punição, interrogação; b) vivenciar preconceito, discriminação, estigma ao ser questionado sobre determinados assuntos relacionados à sexualidade, por exemplo; c) ter a sensação de retaliação ou rechaço, memórias negativas, hostilização, exclusão, preocupações, isolamento socioafetivo, violências, em razão do acometimento de doenças e agravos que tenham impactado a saúde; d) receio no fornecimento de dados pessoais e de saúde que possam expor a sua identidade; e) exposição indevida da identidade do participante, em razão do vazamento de dados; f) exposição à condições de vulnerabilidade social e/ou risco de invasão de hackers em ataques cibernéticos, diante do manuseio de links para o acesso ao formulário, no caso das pesquisas realizadas na ambiência virtual; g) sensação de cansado ou exaustão física e mental, diante da necessidade de responder o formulário físico e/ou on-line, quando houver.

Além desses riscos, os participantes poderão:

h) se sentirem o temor em ser avaliado e/ou fiscalizado/auditado, quanto ao conhecimento acerca do que estará sendo investigado; i) manifestarem constrangimento ao responder determinada pergunta; j) apresentar desconfiança e insegurança para conceder seus dados, bem como no armazenamento dos mesmos, por temerem perda, duplicação, erros e serem

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

acessados por pessoas não autorizadas.

4.10 BENEFÍCIOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa não prevê benefícios diretos aos participantes, nem tão pouco pagamentos, premiações. Contudo, resultados indiretos, que poderão beneficiar a sociedade, poderão ser derivados a partir das descobertas e das ações a serem realizadas, a partir do conhecimento científico a ser produzido. Assim destacam-se:

- a) Fomento para a prática do cuidado interseccional, incentivo ao fortalecimento das políticas públicas de saúde do homem, saúde mental e de proteção social aos grupos de minorias e estigmatizadas pela sociedade e por profissionais de saúde não treinados à atender as especificidades sociais de gênero e sexualidade;
- b) Contribuir para o desenvolvimento clínico, científico e tecnológico e para a inclusão digital de enfermeiros assistenciais, docentes e gestores, bem como, para o aumento do letramento digital da população investigada, fortalecendo o acesso às informações verdadeiras na web. Isso significa que o projeto irá criar novos produtos técnicos e tecnológicos, que contribuirão para um melhor engajamento/participação social, para a sustentabilidade e redução de custos para o Sistema Único de Saúde (SUS);
- c) Avanço no conhecimento científico para a estruturação de modelos cuidadosos e inclusivos de enfermagem, voltados ao acompanhamento da população masculina e suas masculinidades, com foco na integralidade do cuidado, na diversidade social e na popularidade da literacia, o que faz gerar campos inovadores para a atuação profissional de enfermeiros(as);
- d) O desenvolvimento de ações de educação popular e de promoção da saúde, por meio dos recursos da saúde digital e a possibilidade de tais modelos serem facilmente replicados e adaptáveis em distintas realidades, poderão suprir lacunas persistentes dos modelos tradicionais do SUS, do serviço filantrópico e suplementar;
- e) Traz a importância de desenvolver a formação de recursos humanos na cultura da pluralidade e da conscientização sobre a importância do acesso e do acolhimento livre de preconceitos e de estigmas, pautado em um cuidado de enfermagem biopsicossocial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa propõe um estudo guarda-chuva, com inúmeros métodos de coleta e análise de dados. Prevê incluir 1.000 participantes, com coleta de dados a partir de março de 2023, etapa HUPES a partir de maio de 2024.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

CRONOGRAMA FINAL: 28/02/2025

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS, este CEP considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, a cada 6(seis) meses e ao término do estudo.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	DocUnico_AndersonReis.pdf	18/04/2024 08:01:05	ADRIANA ISAURA CORREIA CERQUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_PROJETO.pdf	18/12/2023 13:04:44	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_PROF_GESTORES_n ovo.pdf	11/12/2023 15:28:43	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_H_ADULTO_novo.pdf	11/12/2023 15:28:31	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FISICO_PROF_GESTORES_nov o.pdf	11/12/2023 15:28:17	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FISICO_H_ADULTO_novo.pdf	11/12/2023 15:28:00	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_PROF_GESTORES.pdf	16/11/2023 13:17:44	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FISICO_PROF_GESTORES.pdf	16/11/2023 13:16:35	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_H_ADULTO.pdf	16/11/2023 13:15:29	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FISICO_H_ADULTO.pdf	16/11/2023 13:12:21	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DE_DADOS .pdf	10/08/2023 19:07:14	Anderson Reis de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.821.769

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 13 de Maio de 2024

Assinado por:
NATANAEL MOURA TEIXEIRA DE JESUS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3646-3524 **Fax:** (71)3646-3450 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (02)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: H-Enf-Brasil: CONHECIMENTO E PRÁTICA EM ENFERMAGEM E SAÚDE DE HOMENS - CONSTRUÇÃO TEÓRICA, METODOLÓGICA E DE IMPLEMENTAÇÃO NO CENÁRIO NACIONAL

Pesquisador: Anderson Reis de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76017423.3.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.603.953

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa que abordará a saúde de homens residentes no Brasil com ênfase no cuidado, na construção social das masculinidades, interseccionalidades e no campo de atuação em Enfermagem. De acordo com proponente, trata-se de "Projeto de pesquisa matriz, multicêntrico, do tipo guarda-chuva, multimétodo, de abordagem e análise mista, que será realizado com homens profissionais e trabalhadores da área da saúde; familiares; profissionais especialistas de validação, testagens, desenvolvimento de tecnologias; gestores dos serviços de saúde e da implementação de políticas públicas, residentes no Brasil, em um período de cinco anos. Envolverá a aplicação de instrumentos de coleta de dados semiestruturados, com a inclusão de escalas e/ou questionários validados e/ou a serem validados no Brasil." "Os dados serão coletados em ambientes diversificados como os estabelecimentos tradicionais de saúde, que ofertam serviços especializados para homens, locais de socialização de homens adultos e idosos - todos pertencentes à região metropolitana da Grande Salvador - além dos espaços virtuais como as redes sociais Facebook, Instagram, sites de relacionamento e o Google Meet que possibilita o alcance de homens residentes em todo o território nacional."

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil:

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7604 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.603.953

Objetivo Primário:

"Analisar os avanços no conhecimento científico e a prática na saúde de homens residentes no Brasil com ênfase no cuidado, na construção social das masculinidades, interseccionalidades e no campo de atuação em Enfermagem."

Objetivos secundários:

"EIXO 01 - AVANÇO NO CONHECIMENTO CIENTÍFICO: 1. Analisar os conceitos de Enfermagem na Saúde do Homem, Enfermagem Urológica, Enfermagem Afirmativa e Saúde Digital para Homens; 2. Analisar o panorama do ensino da saúde do homem nos cursos de graduação em saúde no Brasil; 3. Mapear a literatura científica acerca da saúde de homens e da Enfermagem na saúde de homens no Brasil; 4. Analisar os aspectos psicossociais da saúde do homem acerca da homoafetividade no contexto do envelhecimento; 5. Construir conteúdo científico e conceitual sobre sexualidade, identidade sexual e de gênero na saúde de homens; 6. Analisar os níveis de literacia em saúde no automanejo da aids em homens adultos hospitalizados e de demais doenças/agravos; 7. Mapear a literatura científica sobre intervenções acerca da sexualidade de homens no contexto de doenças agudas e crônicas com necessidades de cuidados de reabilitação; 8. Mapear o cuidado de enfermagem à saúde geniturinária de homens adultos em contextos ambulatoriais e hospitalares; 9. Identificar as práticas de cuidado acerca da sexualidade de homens portadores de estomas de eliminação e demais condições crônicas de saúde; 10. Investigar os fatores que influenciam o desempenho sexual de homens portadores de estomas de eliminação no estado da Bahia; 11. Construir conteúdo científico e conceitual acerca da espiritualidade na saúde de homens adultos e idosos.

EIXO 02 - AVANÇO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS, SITUAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE: 1. Mapear as ações estratégicas e programáticas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Homens no Brasil em diferentes ciclos de vida; 2. Examinar a rede de atenção à saúde no tocante a oferta de serviços direcionados à população masculina no Brasil; 3. Apresentar um panorama do comportamento masculino frente às necessidades da busca por serviços públicos de saúde; 4. Elaborar propostas de modelos lógicos/teóricos de cuidado e atenção à saúde, diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de atendimento assistencial para o cuidado à saúde de homens no campo da saúde digital ou não; 5. Investigar a situação de saúde espiritual e religiosa entre homens adultos e idosos.

EIXO 03 - AVANÇOS NAS PRÁTICAS, CLÍNICA E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MASCULINA: 1. Investigar a configuração da clínica e gestão da clínica em saúde de homens empregada por profissionais de enfermagem e demais áreas da saúde; 2. Mapear os fundamentos clínicos de

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7604 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.603.953

enfermagem e demais áreas da saúde direcionada à população de homens adultos e mais velhos; 3. Desenvolver diretrizes clínicas para o manejo de problemas de saúde de homens no âmbito da atuação em Enfermagem e demais áreas da saúde; 4. Criar roteiros de consulta e instrumentos clínico-assistenciais de suporte terapêutico às demandas de saúde de homens no âmbito da atuação em Enfermagem e demais áreas da saúde. 5. Reconhecer as práticas de cuidado e de web cuidado adotadas pela população masculina residente no Brasil a partir dos marcadores interseccionais: gênero, sexualidade, raça/cor, etnia, território, cultura, religião, classe social, trabalho, idade, geração; 6. Levantar as práticas de cuidado e de web cuidado adotadas pela população masculina residente no Brasil a partir da expressão dos padrões e modelos diversos de masculinidades; 7. Investigar a interface entre cibercultura, cuidado e masculinidades; 8. Mapear as práticas exitosas da produção do cuidado à saúde de homens empregadas por profissionais de enfermagem e demais áreas da saúde; 9. Desenvolver Tecnologias Cuidativo-Educacionais, Assistenciais, Sociais e Informacionais de apoio à produção do cuidado à saúde de homens voltadas à atuação profissional em Enfermagem e demais áreas da saúde; 10. Construir competências profissionais em enfermagem e saúde para a promoção da saúde física, sexual, mental, espiritual e energética de homens. EIXO 04 - AVANÇO NAS AÇÕES EXTENSIONISTAS (vide brochura); EIXO 05 - AVANÇOS NO DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS (vide brochura)."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil:

Riscos:

"Este estudo poderá gerar riscos a partir da pesquisa, considerando a natureza do objeto, que circunda questões sociais, morais, políticas, culturais, psicoemocionais, e algumas, de fórum íntimo, assim como, a partir da técnica de coleta de dados a ser empregada, e mesmo, mediante a interação entre o participante e o(a) pesquisador(a), a saber: a) Recordar de situações de saúde e doença; desencadear sentimentos e emoções negativas relacionadas ao medo, tristeza, julgamento, fiscalização, punição, interrogação; b) vivenciar preconceito, discriminação, estigma ao ser questionado sobre determinados assuntos relacionados à sexualidade, por exemplo; c) ter a sensação de retaliação ou rechaço, memórias negativas, hostilização, exclusão, preocupações, isolamento socioafetivo, violências, em razão do acometimento de doenças e agravos que tenham impactado a saúde; d) receio no fornecimento de dados pessoais e de saúde que possam expor a

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7604 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.603.953

sua identidade; e) exposição indevida da identidade do participante, em razão do vazamento de dados; f) exposição à condições de vulnerabilidade social e/ou risco de invasão de hackers em ataques cibernéticos, diante do manuseio de links para o acesso ao formulário, no caso das pesquisas realizadas na ambiência virtual; g) sensação de cansado ou exaustão física e mental, diante da necessidade de responder o formulário físico e/ou on-line, quando houver. Além desses riscos, os participantes poderão: h) se sentirem o temor em ser avaliado e/ou fiscalizado/auditado, quanto ao conhecimento acerca do que estará sendo investigado; i) manifestarem constrangimento ao responder determinada pergunta; j) apresentar desconfiança e insegurança para conceder seus dados, bem como no armazenamento dos mesmos, por temerem perda, duplicação, erros e serem acessados por pessoas não autorizadas. Atitudes a serem tomadas para a minimização dos riscos: Atitudes serão tomadas para prevenir e mitigar os riscos oriundos da pesquisa. Para tanto, se destacam: a) treinamento e acumulação de experiência por parte da equipe de pesquisa e de seus coordenadores, na condução deste tipo de estudo; b) apresentação de uma postura ética para com os participantes na condução do processo: acolhimento, sensibilidade, afeição, empatia, solidariedade, compreensão, respeito, sigilo; c) disponibilidade para estabelecer diálogo, escutar, explicar e dirimir dúvidas que surgiam diante das demandas da pesquisa; d) prestar orientações e encaminhamentos cabíveis relacionados à pesquisa (ex: como proceder diante a ocorrência dos riscos); e) prestar suporte emocional diante de situações sensíveis, por meio da escuta, acolhimento, pausas nas entrevistas e/ou aplicação de instrumentos, disponibilização de uma lista de serviços de apoio psicossocial, às quais os participantes poderão recorrer, a exemplo do disque 136 do Ministério da Saúde do Brasil; f) fornecimento de rede de comunicação e educação em saúde, a partir das ações desenvolvidas pelo grupo, como, por exemplo, através da página do Instagram do projeto: @cuidadoasaudehomens; g) disponibilização no TCLE contendo todos os dados do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para estabelecimento de contato. Quanto a segurança e proteção dos dados: h) a equipe valerá de uso de senhas, pastas zipadas, não utilização de arquivamento em nuvens; i) uso de recursos de criptografia na aplicação dos formulários; j) uso de sistema de checagem de dados incompletos, duplicados ou que não preencham os nossos critérios de inclusão do estudo; l) criação de um acervo próprio para manuseio dos dados, em aparelhos de uso próprio na Universidade; m) não utilização de dados como: nome, endereço, e-mails privados, telefone pessoal; n) utilização, apenas, de banco de e-mails públicos, disponibilizados em sites oficiais; o) utilização de códigos de identificação das pastas e dos dados próprios (entrevistas), a fim de garantir maior confiança/confiabilidade.”

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7604 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.603.953

Benefícios:

“O projeto de pesquisa não prevê benefícios diretos aos participantes, nem tão pouco pagamentos, premiações. Contudo, resultados indiretos, que poderão beneficiar a sociedade, poderão ser derivados a partir das descobertas e das ações a serem realizadas, a partir do conhecimento científico a ser produzido. Assim destacam-se: a) Fomento para a prática do cuidado interseccional, incentivo ao fortalecimento das políticas públicas de saúde do homem, saúde mental e de proteção social aos grupos de minorias e estigmatizadas pela sociedade e por profissionais de saúde não treinados à atender as especificidades sociais de gênero e sexualidade; b) Contribuir para o desenvolvimento clínico, científico e tecnológico e para a inclusão digital de enfermeiros assistenciais, docentes e gestores, bem como, para o aumento do letramento digital da população investigada, fortalecendo o acesso às informações verdadeiras na web. Isso significa que o projeto irá criar novos produtos técnicos e tecnológicos, que contribuirão para um melhor engajamento/participação social, para a sustentabilidade e redução de custos para o Sistema Único de Saúde (SUS); c) Avanço no conhecimento científico para a estruturação de modelos cuidadosos e inclusivos de enfermagem, voltados ao acompanhamento da população masculina e suas masculinidades, com foco na integralidade do cuidado, na diversidade social e na popularidade da literacia, o que faz gerar campos inovadores para a atuação profissional de enfermeiros(as); d) O desenvolvimento de ações de educação popular e de promoção da saúde, por meio dos recursos da saúde digital e a possibilidade de tais modelos serem facilmente replicados e adaptáveis em distintas realidades, poderão suprir lacunas persistentes dos modelos tradicionais do SUS, do serviço filantrópico e suplementar; e) Traz a importância de desenvolver a formação de recursos humanos na cultura da pluralidade e da conscientização sobre a importância do acesso e do acolhimento livre de preconceitos e de estigmas, pautado em um cuidado de enfermagem biopsicossocial.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa matriz guarda-chuva vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, do qual se derivarão projetos de pesquisa menores, vinculados à graduação, especialização, mestrado e doutorado. O protocolo de pesquisa tem como instituição coparticipante o Hospital Universitário Prof. Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES/UFBA). De acordo com proponente, trata-se de estudo multimétodo que une distintas técnicas e métodos de abordagem qualitativa e quantitativa, a ser realizado com enfoque na saúde de homens adultos residentes no Brasil. Os participantes do

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7604 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.603.953

estudo serão: a) homens acima de 18 anos (1.000 participantes, em média), além de profissionais de saúde vinculados às instituições que irão compor os campos de pesquisa; e demais grupos de participantes que poderão ser alvo das investigações, como: b) profissionais/trabalhadores da área da saúde (1.000 participantes, em média); c) profissionais de saúde especialistas de validação, testagens, desenvolvimento de tecnologias (300 participantes, em média); d) gestores dos serviços de saúde e da implementação de políticas públicas (100 participantes, em média). A amostragem inicialmente será não probabilística, conhecida como amostragem por conveniência.

Critérios de inclusão: "Ser adulto, residir no Brasil e se identificar com a categoria identitária homem e/ou masculina."

Critérios de exclusão: "Estar em trânsito durante viagens internacionais, com passagens temporários no Brasil."

Número previsto de participantes: 2.400

Previsão de início da pesquisa: 01/03/2024;

Previsão de encerramento da pesquisa: 01/12/2028.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados 09 documentos ao protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil em sua segunda versão. Conforme solicitado no parecer consubstanciado 6.562.521, houve adequações na documentação. Entretanto, destaca-se que faltou adicionar o arquivo específico do Cronograma atualizado, conforme consta no Projeto de pesquisa detalhado.

Recomendações:

- No Projeto de Pesquisa/Brochura no apêndice inserir os TCLEs atualizados conforme apresentados nos arquivos separadamente.

- Apresentar (adicionar) arquivo específico do Cronograma atualizado, conforme consta no Projeto de pesquisa/Brochura.

- Apresentar, como notificação, via Plataforma Brasil, os relatórios parcial e final do projeto, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7604 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 6.603.953

Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_PROPONENTE.pdf	24/11/2023 15:01:54	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de concordância	TEMO_DE_CONCESSAO.pdf	16/11/2023 13:30:19	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_PROF_GESTORES.pdf	16/11/2023 13:17:44	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FISICO_PROF_GESTORES.pdf	16/11/2023 13:16:35	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_H_ADULTO.pdf	16/11/2023 13:15:29	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FISICO_H_ADULTO.pdf	16/11/2023 13:12:21	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DOR assinado.pdf	05/10/2023 17:47:31	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA_COPARTICIPANTE.pdf	05/10/2023 17:37:04	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	21/08/2023 10:57:12	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DE_DADOS.pdf	10/08/2023 19:07:14	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/08/2023 19:06:37	Anderson Reis de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

SALVADOR, 29 de Dezembro de 2023

Assinado por:
Maria Izabel Souza Ribeiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7604 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 6.603.953

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos emanados das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, sugere-se parecer de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação ad referendum, tendo em vista considerações prévias em reunião de Colegiado. Ressalta-se que, após realizar modificações atendendo às recomendações descritas no parecer consubstanciado 6.562.521, esta segunda versão do projeto atende aos princípios éticos e bioéticos emanados das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2171159.pdf	18/12/2023 13:08:16		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/12/2023 13:06:55	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_PROJETO.pdf	18/12/2023 13:04:44	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_HUPES.pdf	18/12/2023 12:55:14	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_PROF_GESTORES_novo.pdf	11/12/2023 15:28:43	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_H_ADULTO_novo.pdf	11/12/2023 15:28:31	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FISICO_PROF_GESTORES_novo.pdf	11/12/2023 15:28:17	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FISICO_H_ADULTO_novo.pdf	11/12/2023 15:28:00	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TEMO_DE_CONCESSAO_Novo.pdf	08/12/2023 16:06:50	Anderson Reis de Sousa	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-907
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7604 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br