



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

BRUNA RAFAELA CARNEIRO

AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE DE HOMENS ADULTOS EM ADOECIMENTO
CRÔNICO: ESTUDO TEÓRICO EMPÍRICO

SALVADOR

2024

BRUNA RAFAELA CARNEIRO

**AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE DE HOMENS ADULTOS EM ADOECIMENTO
CRÔNICO: ESTUDO TEÓRICO EMPÍRICO**

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.

Coorientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Geovana da Silva Pires.

SALVADOR

2024

C289 Carneiro, Bruna Rafaela

Autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico:
estudo teórico empírico/Bruna Rafaela Carneiro. – Salvador, 2024.
132 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Anderson Reis de Souza; Coorientadora: Prof^ª.
Dr^ª. Cláudia Geovana da Silva Pires.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2024.
Inclui referências.

1. Autogestão. 2. Saúde do homem. 3. Doenças não transmissíveis.
4. Diagnóstico de enfermagem. 5. Teoria de enfermagem. I. Souza, Anderson
Reis de. II. Pires, Cláudia Geovana da Silva. III. Universidade Federal da
Bahia. IV. Título.

CDU 616-083:613.97

BRUNA RAFAELA CARNEIRO

**AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE DE HOMENS ADULTOS EM ADOECIMENTO
CRÔNICO: ESTUDO TEÓRICO EMPÍRICO**

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 29 de Agosto de 2024

BANCA EXAMINADORA

Anderson Reis de Sousa - Orientador *Anderson Reis de Sousa*
Doutor em Enfermagem e Saúde – Universidade Federal da Bahia.

Cláudia Geovana da Silva Pires - Coorientador *Cláudia Geovana da Silva Pires*
Doutora em Enfermagem e Saúde – Universidade Federal da Bahia.

Jeferson Santos Araújo - Primeiro examinador *Jeferson Santos Araújo*
Doutor em Enfermagem - Universidade Federal da Fronteira Sul.

Virgínia Ramos dos Santos Souza - Segunda examinadora *Virgínia Ramos dos Santos Souza*
Doutora em Enfermagem e Saúde – Universidade Federal da Bahia.

Isabele Torquato Mozer Rosa - Suplente *Isabele T. Mozer Rosa*
Doutora em Enfermagem - Universidade Federal de Mato Grosso.

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Renato Garcêz e
aos meus pais Maritânia Matias Carneiro e José Antonio Carneiro.

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

CARNEIRO, Bruna Rafaela. Autogestão Ineficaz da Saúde de homens adultos em adoecimento crônico: Estudo Teórico-Empírico. pf. 132. Orientador: Anderson Reis de Sousa. Co Orientadora: Cláudia Geovana da Silva Pires. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

Este estudo tem o objetivo de analisar o fenômeno da autogestão ineficaz da saúde a partir da experiência de homens adultos em adoecimento crônico. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado a partir de análise teórica de dados da literatura científica e empírica a partir da narrativa de homens adultos residentes na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, entre os anos de 2019 a 2020. Empregou-se a análise do conceito de “Autogestão Ineficaz da Saúde”, através da aplicação do Modelo de Análise do Conceito, Teórico, Empírico e Estrutural proposto por Fawcett, seguido de uma pesquisa de campo envolvendo 67 homens, os quais foram submetidos à entrevista individual, guiada por um instrumento semiestruturado, validado mediante a teste piloto. Utilizou-se o método da Análise de Conteúdo Temático Reflexiva proposto por Braun e Clarke, interpretados à luz do referencial teórico do Modelo de Promoção da saúde de Nola Pender. Os aspectos éticos foram respeitados, estando o estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número: 3.313.517/2020. Como resultado, o referencial do Modelo de Promoção da Saúde mostrou-se sensível ao fenômeno investigado, permitindo localizar conceitos e direcionamentos para a prática em Enfermagem, ampliando e fortalecendo o emprego de sistemas de linguagem padronizada e a definição do escopo da produção do cuidado. Em termos da dimensão empírica do fenômeno investigado, o estudo explicitou o distanciamento dos homens quanto à percepção corporal e autopercepção da saúde, por prioridades à outras dimensões em detrimento da saúde (trabalho), revelando fatores pessoais relacionados à ineficácia da autogestão da saúde. Contudo, os homens investigados percebem benefícios em gerir a própria saúde vivendo com doença crônica, com maior ênfase para a redução de possíveis danos e complicações da doença, desempenhando mecanismos de autoeficácia para melhorar a situação/condição de saúde, cujo os sentimentos deflagrados demonstraram a autorealização, satisfação e conquista. Os homens manifestaram exigências e preferências para auto gerir a sua saúde, com destaque para a valorização do autocuidado, a convivência social para além da doença e a busca por melhorias no quadro de saúde. Para tanto, estabeleceram estratégias e práticas de cuidado por meio de um plano de ação que coopera com a adoção de comportamento de promoção da saúde. Como considerações finais, o estudo possibilitou evidenciar que a autogestão ineficaz da saúde carece de compreensão conceitual em termos da sua estruturação teórica e empírica, o que indicou a necessidade de interpretação a partir da ótica da promoção da saúde. A eficácia da autogestão da saúde depende da integração harmônica de elementos individuais e coletivos, envolvendo o ciclo de convivência socioafetiva dos homens (amigos, homens da comunidade, espaço de lazer e trabalho), a construção e (re)construção das masculinidades, a família, os profissionais de saúde, o acesso à bens e serviços e a cobertura de saúde única (universal) para a atenção integral à saúde visando o autocuidado e a promoção da saúde. Por fim, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola emprego para a compreensão do fenômeno mostrou-se eficaz e aprofundado.

Palavras-chave: Autogestão; Saúde do Homem; Doenças não Transmissíveis; Diagnóstico de Enfermagem; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

CARNEIRO, Bruna Rafaela. Ineffective Health Self-Management in Adult Males with Chronic Illnesses: A Theoretical-Empirical Study. 132 pp. Advisor: Anderson Reis de Sousa. Co-Advisor: Cláudia Geovana da Silva Pires. Dissertation (Master's in Nursing and Health). Graduate Program in Nursing and Health. Federal University of Bahia, Salvador, 2024.

This study aims to analyze the phenomenon of ineffective health self-management from the perspective of adult men experiencing chronic illness. It is a qualitative study based on a theoretical analysis of data from scientific literature and empirical analysis of the narratives of adult men residing in Salvador, Bahia, Brazil, between 2019 and 2020. The concept of "Ineffective Health Self-Management" was analyzed using Fawcett's Theoretical, Empirical, and Structural Concept Analysis Model, followed by field research involving 67 men, who participated in individual interviews guided by a semi-structured instrument validated through a pilot test. The Reflective Thematic Content Analysis method proposed by Braun and Clarke was used, interpreted in the light of Nola Pender's Health Promotion Model. Ethical considerations were adhered to, with the study approved by the Research Ethics Committee under opinion number 3.313.517/2020. As a result, the Health Promotion Model framework proved sensitive to the investigated phenomenon, allowing for the identification of concepts and directions for Nursing practice, thereby expanding and strengthening the use of standardized language systems and defining the scope of care provision. In terms of the empirical dimension of the investigated phenomenon, the study revealed men's distancing from bodily perception and self-awareness of health, prioritizing other dimensions (e.g., work) over health, which uncovered personal factors related to ineffective health self-management. However, the men studied recognized benefits in managing their own health while living with chronic illness, with an emphasis on reducing potential harm and complications related to the disease. They developed mechanisms of self-efficacy to improve their health status/condition, expressing feelings of self-fulfillment, satisfaction, and achievement. The men voiced demands and preferences for self-managing their health, highlighting the importance of self-care, social interaction beyond the illness, and a desire for health improvements. To this end, they established strategies and care practices through an action plan that supports adopting health-promoting behaviors. In conclusion, the study highlighted that ineffective health self-management lacks conceptual understanding in terms of its theoretical and empirical structure, indicating the need for interpretation from a health promotion perspective. The effectiveness of health self-management relies on the harmonious integration of individual and collective elements, including men's socio-affective cycle (friends, community members, leisure and work spaces), the construction and (re)construction of masculinities, family, health professionals, access to goods and services, and universal health coverage for comprehensive health care aimed at self-care and health promotion. Lastly, Nola Pender's Health Promotion Model, employed to understand the phenomenon, proved to be effective and comprehensive.

Keywords: Self-Management; Men's Health; Non-Communicable Diseases; Nursing Diagnosis; Nursing Theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.....	23
Figura 2 - Diagrama explicativo da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos com doença crônica sob o enquadramento teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.....	51
Figura 3 - O fenômeno da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos convivendo com doença crônica sob o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	76

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Quadro de organização dos dados do estudo teórico com base na proposição do Modelo de Fawcett. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.....	26
Quadro 2 - Modelo do diário reflexivo para registro de notas teóricas sobre o fenômeno investigado a partir das impressões da pesquisadora responsável pelo estudo. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.....	30
Quadro 3 - Quadro analítico da Estrutura Conceitual, Teórica e Empírica do fenômeno da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico sob o prisma do Modelo de Promoção da Saúde. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde.

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética.

COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research.

DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

DCV - Doenças Cardiovasculares.

DE - Diagnóstico de Enfermagem.

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde.

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo.

DSS - Determinantes Sociais da Saúde.

EEUFBA- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

MPS - Modelo de Promoção da Saúde.

NANDA-I - Nort American Nursing Diagnosis Association.

NECTA - Núcleo de Estudos em Cuidado e Tecnologia da Saúde do Adulto.

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

ONU - Organização das Nações Unidas.

PICs - Práticas Integrativa e Complementares.

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde.

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidades Básicas de Saúde.

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 ATENÇÃO À SAÚDE DE HOMENS NO CONTEXTO DO ADOECIMENTO CRÔNICO: UMA PERSPECTIVA GLOBAL.....	17
3.2 AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE: COMPREENSÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL NA PRÁTICA EM ENFERMAGEM.....	19
3.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS EM CONTEXTO DE CRONICIDADE: OPORTUNIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS.....	21
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
4.1 A PROBLEMÁTICA DA AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE MASCULINA À LUZ DA TEORIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	22
5 METODOLOGIA.....	24
5.1 ESTUDO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	24
5.1.1 Tipo do estudo.....	24
5.1.2 Produção de dados.....	24
5.2 ESTUDO EMPÍRICO-ANALÍTICO.....	31
5.2.1 Tipo do estudo.....	31
5.2.2 Campo do estudo.....	31
5.2.3 Participantes do estudo.....	32
5.2.4 Produção de dados.....	33
5.2.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	36
6 RESULTADOS.....	36
6.1 MANUSCRITO 01: Estrutura Conceitual, Teórica e Empírica da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico.....	36
6.2 MANUSCRITO 02: “Quando ter doença crônica e gerir a saúde é ineficaz para os homens adultos”: estudo baseado na Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender....	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados - Análise teórica.....	93
APÊNDICE B - Diário reflexivo.....	95

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	115
APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados - Análise empírica.....	117
APÊNDICE E - <i>Checklist</i> da versão traduzida e validada do guia <i>Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research - COREQ</i>	124
ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	127

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) diante do cenário contemporâneo se revelaram um grande problema de saúde pública mundial, por terem como características uma evolução em sua maioria lenta e progressiva, ocasionando ao indivíduo acometido a necessidade de acesso aos serviços de saúde para tratamento, em sua pluralidade de forma contínua e de alta complexidade, necessários para sua sobrevivência (Oliveira *et al.*, 2021). As DCNT sofrem influência de diversos fatores, desde aspectos genéticos, a hábitos de vida como prática de atividade física, consumo de álcool e tabaco, nível de estresse, alimentação saudável, como também comportamentos sociais, acesso aos serviços de saúde e seus insumos, bem como interferências culturais e dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) em que aquele indivíduo está inserido (Airhihenbuwa *et al.*, 2021).

Especificamente, os DSS são circunstâncias a nível social inseridas no contexto de moradia e de trabalho das pessoas, condições que podem influenciar tanto o surgimento das doenças, como a sua progressão, evolução e seu prognóstico e principalmente podem intensificar seus fatores de riscos (Pires, Mussi, 2014; Borde, *et al.*, 2015). Esses determinantes influenciam nas condições estruturais da vida do indivíduo, por estarem envolvidos no acesso a diversos serviços e setores, como trabalho que impacta na renda, educação, aos serviços de saúde, além dos impactos biopsicossociais diante da vulnerabilidade frente a problemas pessoais e sociais (Pires, Mussi, 2014; Borde, *et al.*, 2015).

Quando avaliado na perspectiva dos homens, a confluência desses fatores de riscos se acentuam, os aspectos socioculturais associados à masculinidade e o desenvolvimento de doenças crônicas em homens emergem como um eixo principal, demandando uma compreensão ampliada acerca da maneira como estes gerenciam a sua própria condição de saúde. Historicamente, a construção social das masculinidades são atribuídas por meio de características de resistência, vigor, invulnerabilidade, autossuficiência e não fragilidade por parte dos homens, em que tais concepções culturais impactam nas suas ações frente a condução da sua própria saúde postergando a procura de avaliação por profissionais de saúde, resultando em terapêuticas, intervenções e diagnósticos tardios e piores prognósticos nesta população estudada (Smith, Dumas, 2019; Sousa *et al.*, 2022; Falcão-Lima, Silva-Santos, Faro, 2022).

Diante dessa problemática a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) foi submetida a uma revisão no ano de 2021, direcionando um maior enfoque ao acesso dos homens aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) de forma a fortalecer as

ações de promoção e prevenção a saúde propondo maior interação da população masculina com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), consideradas a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre outras ações programáticas e estratégicas em saúde dos homens, ressalta-se a busca ativa deste público para cadastramento e acompanhamento pelos profissionais de saúde com um enfoque ao acesso e acolhimento, sexualidade responsável e planejamento familiar, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes, com o propósito de uma abordagem mais holística em busca de melhor adesão à integralidade do cuidado e autocuidado em todos os níveis das Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2021a).

Além disso, no Brasil, em convergência com uma tendência global, há investimentos de esforços para a melhoria das condições de saúde dessa população, ainda que de modo incipiente, bem como ao enfrentamento do adoecimento crônico. Cabe destacar a implantação/implementação, ainda em curso, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sendo submetida a revisões e (re)construções ao longo do seu surgimento no país (Brasil, 2018; Malta *et al.*, 2023). No ano de 2021, o Ministério da Saúde brasileiro publicou um caderno voltado à aproximação da temática da Promoção da Saúde, como forma de ampliar o conhecimento por parte dos profissionais de saúde e de áreas afins e da população geral (Brasil, 2021b).

Compreendendo a essencialidade do fenômeno do autocuidado na gestão da saúde, este pode ser definido como o cuidado para consigo mesmo quando doente ou a tomada de ações e adoção de comportamentos positivos de promoção do bem-estar psicossocial, a autoproteção e preservação de si mesmo e da vida, assim como da prevenção de doenças. Quando pensado na autogestão do cuidado, esta constitui na capacidade do indivíduo para gerenciar os sintomas, tratamento, consequências físicas e psicossociais e mudanças de estilo de vida inerentes à vida com uma afecção crônica (DeCS, 2023a; Pender, Murdaugh, Parsons, 2015). A autogestão eficiente da saúde engloba a capacidade de monitorar a própria afecção e afetar as respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias para manter uma qualidade de vida satisfatória (DeCS, 2023b).

Analisando os conceitos de autocuidado e autogestão da saúde sob o prisma da promoção da saúde, é possível observá-los à luz da pensadora Nola Pender, que desenvolveu uma importante Modelo de Promoção da Saúde (MPS), com enfoque na promoção e na manutenção da vida por meio da modificação de hábitos de vida e de comportamentos propenso à risco. Tal arcabouço teórico elucidada a prevenção como um pilar necessário para a saúde, o detalhamento do conceito de “pessoa” que é abordado como o indivíduo com

capacidade de tomada de decisão e resolutividade sobretudo apto a mudanças comportamentais em saúde, assim como o conceito de “Enfermagem” que dar ênfase ao enfermeiro, o papel fundamental de incentivador e promotor do autocuidado (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015; Victor, Lopes, Ximenes, 2005; Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021).

Ao vivenciar uma DCNT, os homens podem sofrer impactos na sua condição social, econômica, psicológica, e na situação de saúde, ocasionando uma autogestão ineficaz. Nesse contexto, torna-se imprescindível compreender os elementos conceituais, teóricos e empíricos do fenômeno, tal como chama a atenção a pensadora Fawcett em seus estudos, para o entendimento dos próprios homens acerca da problemática (Fawcett, 2021). Neste sentido, a Autogestão Ineficaz da Saúde vem sendo estudada e configurada enquanto um fenômeno da prática profissional em Enfermagem, repercutindo em um conceito diagnóstico a ser empregada pela taxonomia da *Nort American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) em vários países, apoiando os enfermeiros no raciocínio diagnóstico para a tomada de decisão clínica (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021).

Faz-se saber que a autogestão ineficaz da saúde pode ser compreendida quanto a incapacidade do indivíduo de gerenciamento da sua própria saúde, sintomas, terapêuticas e complicações psicossociais, físicas e espirituais, apresentando progressão e avanços da doença, não conseguindo realizar mudanças no seu estilo de vidas que são inerentes a vivência no processo do acometimento crônico (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021). Essa circunstância está relacionada a falha na adoção de comportamentos em saúde que são essenciais para um controle eficaz das DCNTs, e que podem sofrer influências de barreiras psicossociais, culturais e econômicas, frustrando o indivíduo a adesão ao plano terapêutico proposto e práticas de autocuidado adequadas (Sousa, *et al.*, 2022). Este conceito é imprescindível para a prática do Enfermeiro pois permitirá que o profissional identifique quais pacientes estão em risco para uma autogestão ineficaz da sua saúde e realize as intervenções necessárias por meio de estratégias de literacia em saúde, bem como apoiando e motivando ações de promoção da saúde e de uma autogestão mais eficaz da mesma.

Foi realizado por meio de revisão em cinco bases de dados eletrônicas: Portal de periódicos CAPES, PubMed / *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), BIREME Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, MEDLINE e SciELO) utilizando-se os descritores: autogestão ineficaz da saúde, homens, adoecimento crônico, doença crônicas não transmissíveis, promoção da saúde, Nola J. Pender, Modelo de Promoção da Saúde e embora haja acúmulo na literatura sobre os fatores que dificultam o cuidado e a busca por ajuda profissional nos serviços de saúde, apropriar-se da autogestão da saúde se

torna essencial para a prevenção e/ou minimização de diagnósticos e complicações por DCNTs, bem como promoção de comportamentos positivos para homens em adoecimento crônico. Compreender o discurso e o nível de empoderamento desses homens diante de ações de autocuidado é imperativo para a construção de intervenções baseadas em evidências integralizadas e direcionadas às especificidades e necessidades masculinas.

A lacuna da aplicabilidade dos eixos da PNAISH encontrada empiricamente nos dias atuais e em muitos serviços de saúde, mostra a necessidade de construtos teóricos e práticos frente a linha do cuidado no processo de desenvolvimento humano aos homens, embasado nos preceitos teóricos da nossa profissão, apoderando não apenas da fundamentação proposta pela Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender para a implementação de estratégias que irão incentivar e proporcionar de forma consolidada a autogestão eficaz, mas também do desenvolvimento e aplicações na prática clínica dos diagnósticos de enfermagem que proporcionam um cuidado centrado ao paciente com melhores desfechos de saúde a estes homens.

Bem como os resultados advindos desta pesquisa terão potencial de influenciar o aprimoramento e/ou desenvolvimento de políticas públicas de saúde e práticas clínicas a proporcionar uma abordagem equitativa e eficiente na gestão da saúde masculina. Desta forma o **fenômeno** deste estudo é a autogestão ineficaz da saúde, cujo **objeto** é a autogestão ineficaz da saúde de homens em adoecimento crônico. Nesta direção, a **questão de pesquisa** que guiou este estudo é: como a autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico pode ser compreendida e melhorada a partir da aplicação teórico-empírica da Promoção da Saúde de Nola Pender?

2 OBJETIVO

O objetivo geral deste estudo é analisar o fenômeno da autogestão ineficaz da saúde a partir da experiência de homens adultos em adoecimento crônico.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Analisar o conceito da “autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico” utilizando a estrutura conceito, teoria e dados empíricos sob o prisma do Modelo de Promoção da Saúde (MPS).
- Propor um modelo teórico empírico para enfrentamento a autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico.
- Compreender como os homens adultos residentes de Salvador conduzem a gestão da

sua saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO À SAÚDE DE HOMENS NO CONTEXTO DO ADOECIMENTO CRÔNICO: UMA PERSPECTIVA GLOBAL

No cenário global, mesmo diante de divergências culturais e diferenças socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, é notório a semelhança no cuidado da saúde por homens, seja na Europa, na Austrália, nos Estados Unidos ou no Brasil, como déficit na detecção precoce de problemas de saúde por buscas tardias aos serviços de saúde, prevalente comportamento de risco e hábitos de vida não saudáveis (*European Commission*, 2011; *New South Wales*, 2018; Jesus Sousa *et al.*, 2021).

Na Europa mais da metade das mortes prematuras nos homens seriam evitadas com mudança nos hábitos de vida e dos comportamentos de saúde relacionados a tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física e má alimentação (*European Commission*, 2011). Já na Austrália entre 2014 e 2015 os homens tinha 10% menos chances de buscar por um atendimento médico que as mulheres, e um dado alarmante, as taxas de suicídio no ano de 2015 foi três vezes maior entre os homens (*New South Wales*, 2018).

O perfil epidemiológico da gestão do cuidado da própria saúde por esses homens se repete em diversos países e continentes, e com uma causa enraizada que perpassa por anos. Um estudo americano de 2008 e um brasileiro de 2021, com 13 anos de diferença, abordam a mesma causa: o estigma social estereotipado do ser homem, aquele que é forte, viril, e por isso não adocece e por consequência não precisa de cuidados, comportamentos embasados em crenças e valores de uma masculinidade definida a séculos nas mais diferentes sociedades, etnias, raças e povos, que reforçam desde cedo a esses homens a necessidade da independência, da ocultação da fraqueza e de suas emoções e que repercute em como esses homens enxergam a própria saúde e o gerenciamento do autocuidado (Garfield, Isacco, Rogers, 2008; Jesus Sousa *et al.*, 2021).

A socialização masculina em especial a denominada cisheteronormativa detém em sua multiplicidade a uma repulsa a práticas de autocuidado ou de outrem, pois historicamente em uma perspectiva de gênero competia às mulheres o cuidado da família, em especial o cuidado a si próprias e aos filhos, quanto aos homens existiam uma isenção de necessidade de atenções, pois a ele era atribuído que não existia a vulnerabilidade a doenças, desta forma não

existindo portanto necessidade de ações de promoção e prevenção a saúde para esta parte da população (Barata, 2009; Botton *et al.*, 2017; Medrado *et al.*, 2021).

Cabe ressaltar que esta convicção era refletida no modelo de atenção à saúde ofertado nos serviços de saúde, onde eram inexistentes políticas públicas de saúde voltados para os homens, impactando em suma em como os profissionais desses serviços eram preparados para recebê-los e acolhê-los em casos de demanda espontânea, só ocorrendo mudanças nesse cenário em 2008 com a criação e implementação da PNAISH (Barata, 2009; Botton *et al.*, 2017; Medrado *et al.*, 2021). Em uma panorama atual e global mesmo já se passando 15 anos, apenas o Brasil, Irlanda, Austrália e Irã possuem em seus países políticas de saúde com o foco específico a saúde dos homens (Baker, 2020).

A desigualdade de acesso aos serviços de saúde, quando comparada às mulheres, seja por despreparo da equipe ao acolhimento daquele usuário no sistema, bem como adequação de horários de funcionamento que se ajustem a carga horária de trabalho daquele que é o provedor da família e que por muitas vezes trabalha na hora de funcionamento das unidades de saúde impactando na sua avaliação pela equipe profissional, fortalece a necessidade de uma implementação eficaz de políticas públicas com uma abordagem holística e global à saúde dos homens, por meio das estratégias de prevenção e promoção da saúde reduzindo o adoecimento crônico (Alves *et al.*, 2011). As DCNT contabilizaram 70% dos óbitos em todo o mundo no ano de 2019, sendo que 45% desse quantitativo de mortes motivado pelas doenças cardiovasculares (DCV), no Brasil esses números se aproximam equivalente a 72% e 30% respectivamente (GBD, 2019). No Brasil a prevalência de DCV é de 51% nos homens, com maiores taxas de mortalidades para os homens em comparação com as mulheres (Oliveira *et al.*, 2022).

No Brasil, apenas no ano de 2019 as DCNT foram responsáveis por 337.098 mortes prematuras, um aumento de 49,6% quando analisados os números absolutos dos últimos 29 anos, sendo os homens jovens os que mais morrem. As mortes prematuras são registradas na faixa etária de 30 a 69 anos (Malta *et al.*, 2023) e trazem consequências para a família, economia e sociedade, provocando discussão em organismos supranacionais como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2015). Buscando assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 foi criado, e será essencial para o enfrentamento dos desafios referentes à saúde masculina. Os ODS foram desenvolvidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015 por meio de uma agenda global com 17 objetivos que buscavam superar grandes desafios globais atingindo até 2030 um equilíbrio social,

econômico, ambiental e sustentável a nível global (ONU, 2015). O ODS 3 em especial possui metas de redução de mortalidade por algumas DCNTs, suicídio e acidentes de trânsito, bem como redução no consumo de substâncias, drogas, tabaco e álcool nocivos à saúde, (ONU, 2015), fatores já demonstrado em diversos estudos que potencializa as mortes prematuras nos homens (ONU, 2015; Falcão-Lima, Silva-Santos, Faro, 2022; Sommet, Spini, 2022; Malta *et al.*, 2023).

A nível nacional, metas também foram traçadas com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por DCNTs, bem como do seus fatores de risco e mortes violentas e por acidentes que afetam de forma desigual os homens, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis desenvolvido pelo Ministério da Saúde tem suas atuações voltadas aos eixos principais da promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção de doenças e agravos (Brasil, 2021b). Complementando a PNAISH que reforça em seus 05 eixos a necessidade de abordagens específicas que considerem as particularidades socioculturais e biológicas masculinas, promovendo um cuidado integral e acessível (Brasil, 2021a).

O enfrentamento ao processo saúde doença ao qual está inserido, bem como as condições socioeconômicas em que vivencia ocasionam em implicações psicossociais que impactam na adesão ao tratamento proposto (Hornik, Dulawa, 2019; Silva, Lemos, 2018; Oliveira *et al.*, 2021). As iniquidades sociais ao qual convive, com necessidade de readaptação na realização de suas atividades que possuía antes do diagnóstico como estudo ou trabalho, e até mesmo a dificuldade de ingresso ao mercado de trabalho após iniciar o tratamento ocasionam diversos problemas a níveis psicológicos, como casos de depressão, ansiedade, mudanças comportamentais, que implicam no seu adoecimento, bem como na adequação ao tratamento proposto e na sua qualidade de vida (Silva, Lemos, 2018).

Tais fatores estão relacionados à autogestão ineficaz da saúde no processo do adoecimento crônico e índices de autocuidado deficitário nos homens (Niriayo *et al.*, 2024). Nessa perspectiva aos profissionais de saúde, em especial o(a) Enfermeiro(a) cabe a propagação do letramento em saúde, com condutas que promovam a promoção da saúde e do autocuidado, estimulando a autonomia e proporcionar todo o suporte físico, emocional e social a esses homens, garantindo por meio da sua atuação na prática a implementação efetiva da PNAISH e a conquista da autogestão eficaz da saúde nos homens.

3.2 AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE: COMPREENSÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL NA PRÁTICA EM ENFERMAGEM

A gestão da saúde compreende identificar, controlar, executar e integrar atividades para manter a saúde e o bem-estar (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021), tratando-se da gestão em saúde dos homens, essa ação deve ser gerida por eles e quando necessário, buscar apoio das instituições e profissionais de saúde. O cuidado da saúde dos homens é compreendido como um conjunto de concepções, atitudes e práticas, as quais se estruturam de forma individual e/ou coletiva, nas dimensões intrapessoais, interpessoais, comportamentais, macrosociais, ecológicas, étnico-raciais, transculturais e transpessoais, em dada inserção territorial e sociocultural, sendo fundamentado nas crenças e expectativas sobre o ser masculino no mundo (Sousa, 2023).

Na perspectiva do autocuidado, a gestão da saúde pode ser definida como o cuidado consigo mesmo, quando doente ou tomada de ações e adoção de comportamentos positivos para prevenção de doenças. Pensando na autogestão desse cuidado, esta pode ser entendida como a capacidade do indivíduo para gerenciar os sintomas, tratamento, consequências físicas, psicossociais e mudanças no estilo de vida, inerentes ao adoecimento crônico (DeCS, 2024).

A gestão ineficaz está relacionada aos efeitos não alcançados, seja em partes ou como um todo, aquilo que não apresentou os resultados esperados. Dessarte o termo autogestão ineficaz da saúde é definido como a gestão insatisfatória dos sintomas, tipos de tratamento: físico, psicossocial e espiritual, resultantes de mudanças inerentes no estilo de vida de quem vive com uma condição crônica (Figueiredo, 1899; Almeida, 2017; Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021). A autogestão ineficaz da saúde é um Diagnóstico de Enfermagem (DE) da Taxonomia NANDA-I, inserido no Domínio 1. Promoção da Saúde e na Classe 2 do Controle da Saúde, onde se configura diante de indícios de avanço da doença crônica por meio dos sinais e sintomas, complicações e sequelas, bem como escolhas desfavoráveis de hábitos de vida e falta de adesão ao tratamento proposto (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021).

Socialmente estigmatizado, muitos homens, especialmente, aqueles que estão distantes da hegemonia, podem se sentir isentos de qualquer necessidade de ações de promoção, prevenção à saúde e tratamento de agravos crônicos (Jesus Sousa *et al.*, 2021). Tal situação deve ser reconhecida pelos profissionais de Enfermagem e da saúde nos encontros terapêuticos, no manejo clínico das doenças e agravos, no atendimento às demandas e necessidades de saúde, assim como no apoio e suporte à autogestão da saúde, contribuindo para que seja eficaz, mediante ao reconhecimento das especificidades, particularidades e singularidades dos homens.

Nessa perspectiva, ao enfermeiro é crucial o entendimento desses conceitos, pois

atuará frente a este público implementando ações direcionadas e preventivas, acrescentando a orientação e educação em saúde com propósito de engajar o indivíduo quanto a adoção de comportamentos favoráveis de saúde, que impactem positivamente no prognóstico da DCNT. O enfermeiro está presente em todos os níveis de atenção à saúde, sendo possível, assim, o acompanhamento do tratamento por meio das consultas e do processo de enfermagem. Esse profissional pode viabilizar a adesão do indivíduo e, por conseguinte, nos resultados como melhora da qualidade de vida e uma autogestão eficaz da sua saúde (Chen *et al.*, 2023).

3.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS EM CONTEXTO DE CRONICIDADE: OPORTUNIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS

A produção do cuidado na perspectiva da saúde dos homens perpassa por um longo processo de reconstrução depois dos estigmas deixados como herança do passado, como já discutido anteriormente. As disparidades acerca de morbimortalidade e longevidade estão associadas a percepções tradicionais de masculinidades e a carência de programas de saúde específicos para a população masculina (Cobo, Cruz, Dick, 2021; Jesus Sousa *et al.*, 2021; McGraw, White, Russel-Bennett, 2021).

Abordada como a feminilização da saúde e invisibilidade masculina, os serviços de saúde se encontram em sua maioria com profissionais e estrutura despreparados para o atendimento holístico aos homens, com todo o planejamento de atendimentos voltados a programas de atenção à saúde da mulher, da criança, do idoso, sem dispor de acolhimento e escuta qualificada para as necessidades individuais e específicas dos homens, com horários de atendimento que conflitam em sua maior parte ao horário de serviço laboral, com homens imersos em iniquidades sociais que dificultam o acesso desses serviços e influenciam de forma negativa a participação e envolvimento dos homens em ações de promoção e prevenção da Atenção Básica (Queiroz *et al.*, 2020; Balbino *et al.*, 2020).

Nesse prisma o atual modelo encontrado em muitos serviços de Atenção Básica dificultam a produção do cuidado à saúde dos homens, principalmente aqueles no contexto do adoecimento crônico, ao se avaliar que a produção do cuidado traz como princípio uma reestruturação dos serviços, com o usuário, nesse caso, os homens como foco do cuidado, com acolhimento e atendimento integralizado e direcionado às suas necessidades, bem como definição de ações voltadas para a promoção da sua saúde de forma a estimular e incentivar a sua autonomia e participação ativa no cuidado e gestão da mesma (Agonigi *et al.*, 2018).

Assim uma das ações aplicadas que facilitam a produção do cuidado é o uso de tecnologias, sendo a principal delas a Educação em Saúde, sendo esta uma ferramenta fundamental para que se alcance a autogestão eficaz da saúde com melhora clínica desses homens em seu processo de enfrentamento no processo saúde-doença, superando barreiras culturais e psicológicas, indo muito além de apenas transmitir informações, mas capacitar esses homens a entender sobre a sua doença, compreendendo sinais, sintomas e tratamentos, preparando-os para a tomada de decisões que impactem em mudanças de comportamento e promoção da sua própria saúde (Ferreira *et al.*, 2020). Desta forma, os profissionais de Enfermagem podem constituir um elo para promover à saúde no contexto do adoecimento crônico, transpondo o modelo curativista, que tem se mostrado ineficaz para a atenção à saúde (Aguiar *et al.*, 2021).

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A PROBLEMÁTICA DA AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE MASCULINA À LUZ DA TEORIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

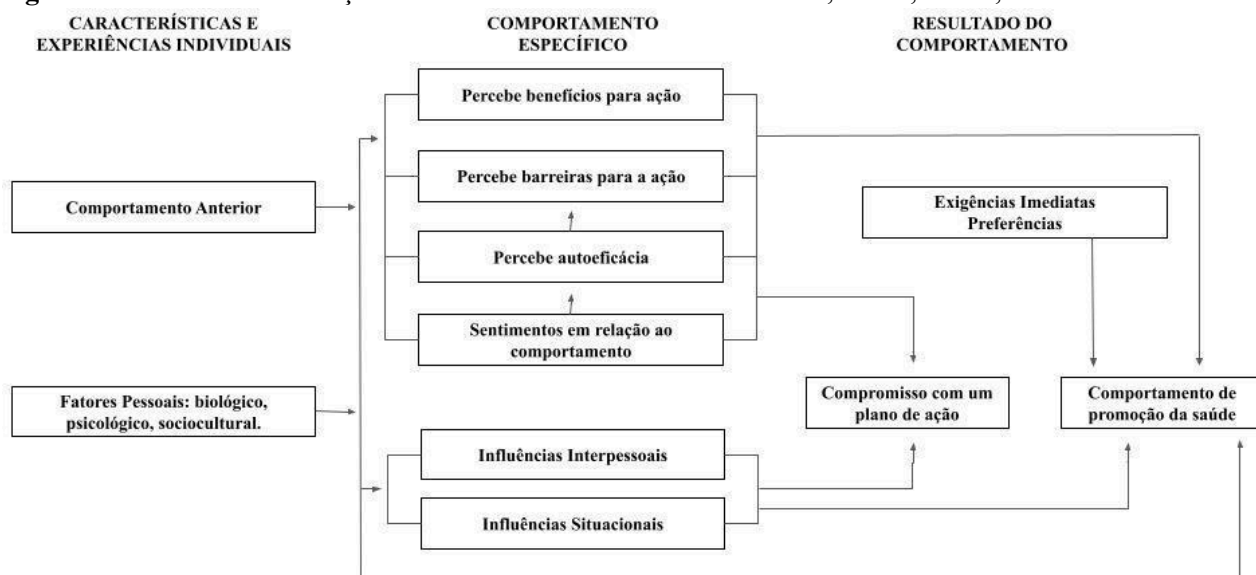
Conforme disposto na PNPS a promoção da saúde é vista como um conjunto de ações de produção do cuidado e da saúde, com o foco no individual e no coletivo, se interrelacionando em todos os âmbitos de atenção à saúde e suas redes, de forma a priorizar a autonomia e individualidade do usuário, família e comunidade, dentro dos DSS em que vivem (Brasil, 2018). Na perspectiva da saúde dos homens a PNAISH aborda a promoção da saúde como o ponto chave para a redução na morbimortalidade e melhora na qualidade vida dessa população, por meio de ações de educação e conscientização, reforçando a importância do autocuidado e da prevenção de doenças, garantindo acesso equitativo e universal aos serviços de saúde, promovendo o envolvimento da comunidade, e reconhecendo as particularidades e especificidades masculinas na produção do cuidado (Brasil, 2021a).

Nola J. Pender, pesquisadora e teórica traz o(a) Enfermeiro(a) como principal responsável pela promoção da saúde, e desta forma desenvolveu no ano de 1982 o Modelo de Promoção da Saúde, implementando e aprimorando ele com o passar dos anos, é um exemplo promissor, que em síntese, propõe que a promoção e manutenção da vida é possível por meio da modificação de hábitos e comportamentos de risco. Nessa Teoria, a prevenção é posta como pilar para a saúde, em que o indivíduo possui a capacidade de tomada de decisão e resolutividade para a ocorrência de mudanças comportamentais em saúde e ao enfermeiro

cabe o papel fundamental de incentivar o autocuidado (Victor, Lopes, Ximenes, 2005; Pender, Murdaugh, Parsons, 2015; Sakraida e Wilson, 2011).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender é baseado em três eixos: as características e experiências individuais, o comportamento específico e o resultado do comportamento (Figura 1).

Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. Salvador, Bahia, Brasil, 2024



Fonte: Traduzido e adaptado de Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. Seventh edition. Boston: Pearson, 2015.

As características e experiências individuais de cada um, antecedem a mudança, ou seja englobam o comportamento anterior ao qual se deseja mudar para um comportamento de promoção da saúde, e os fatores pessoais, fisiológicos e psicossociais que são determinantes para a efetiva mudança desse comportamento (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015; Sakraida e Wilson, 2011). O comportamento específico se refere aos entendimentos e percepções que se quer alcançar, constitui um núcleo central e de atenção para a enfermagem, pois podem ser modificados (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015; Sakraida e Wilson, 2011), podem impactar a autogestão e o controle de saúde dos homens. Englobando seis conceitos: percebe benefícios para ação, percebe barreiras para ação, percebe autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e situações que influenciam (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015; Sakraida e Wilson, 2011).

E por fim o resultado do comportamento, ou seja do que foi planejado com base nas ações que serão implementadas para prover a saúde, esta estrutura permite que a enfermagem realize frente a este indivíduo uma avaliação holística e individualizada, para delineamento e

implementação de um plano de cuidados e ações em busca do bem-estar e hábitos saudáveis para prevenção e melhor prognósticos do adoecimento crônico (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015; Sakraida e Wilson, 2011).

Durante as atividades práticas do Enfermeiro, a aplicação das teorias de enfermagem possibilitam a oferta de assistência/atenção/cuidado integralizada e às especificidades desse grupo de homens acometidos pelas DCNT. Trazendo definições de conceitos e orientações para o raciocínio clínico e tomada de decisões, o uso da teoria na prática poderá elucidar quanto às barreiras para uma autogestão eficaz, bem como direcionando intervenções e políticas em saúde em busca de melhor qualidade de vida e gestão de autocuidado desse público masculino.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de dissertação de Mestrado em Enfermagem e Saúde, vinculado a um projeto de pesquisa matriz intitulado: “PRODUÇÃO DO CUIDADO E TECNOLOGIAS SOCIAIS PARA A ATENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE HOMENS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL”. O projeto integra as investigações do Núcleo de Estudos em Cuidado e Tecnologia da Saúde do Adulto - NECTA, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). A seguir, será apresentado o método científico que foi empregado para o desenvolvimento do estudo em duas etapas: 1º Estudo Teórico-Conceitual e 2º Estudo Empírico-Analítico.

5.1 ESTUDO TEÓRICO-CONCEITUAL

5.1.1 Tipo do estudo

Estudo qualitativo, teórico-conceitual sobre homens adultos em contexto de adoecimento crônico, acerca do cuidado com a saúde. A estrutura do desenho do estudo obedeceu às recomendações do *guideline: Standards for Quality Improvement Reporting Excellence - SQUIRE 2.0* (Ogrinc *et al.*, 2016).

5.1.2 Produção de dados

A produção dos dados ocorreu entre os meses de julho de 2023 a maio de 2024 e

envolveu as seguintes etapas: a) apreensão do conteúdo temático reflexivo dos dados da pesquisa empírica envolvendo homens adultos em contexto de adoecimento crônico; b) levantamento de estudos na literatura científica; c) registro de notas teóricas elaboradas com cumprimento de uma disciplina direcionada à Teoria de Enfermagem; d) elaboração de um diário com notas teóricas acerca da temática; f) levantamento de afirmações teóricas e análise por parte da equipe de pesquisa; g) aplicação da proposição de Fawcett à problemática investigada. Os dados foram consolidados em uma planilha no formato *Excel*®, e, posteriormente, a elaboração de um diagrama do Modelo de Promoção da Saúde, a partir dos dados compilados.

A produção dos dados envolveu a colaboração de duas estudantes de doutorado em Enfermagem e Saúde, ambas em desenvolvimento de estudo de tese com o emprego de Teorias de Enfermagem, assim como de integrantes do Núcleo de pesquisa, que tiveram acesso ao projeto para proposição de ajustes e proposições de melhorias e, por fim, de três docentes da área de Enfermagem Fundamental e Médico/Cirúrgica que conduziram a supervisão e revisão das análises empregadas. Os docentes possuíam vínculo direto com a instituição de formação da pesquisadora responsável, atuando no ensino clínico e na pesquisa, possuindo expertise na área investigada e no método empregado.

Quanto à realização do estudo com fins na análise do Conceito Teórico Empírico Estrutural, utilizou-se como base o referencial proposto por Jackeline Fawcett (Fawcett, 2021). Para tanto, realizou-se a busca na literatura de produções científicas relacionadas com a temática, incluindo fontes diversas, a saber: artigos científicos, livros, capítulos de livros, *sites*, portarias, políticas públicas, Leis.

O estudo teve como pergunta norteadora: Como se configura a aplicabilidade do conceito de autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico na perspectiva da promoção da saúde? Após a definição da pergunta, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão do estudo:

Critérios de Inclusão: materiais publicados na íntegra, de acesso livre, sem restrição de idioma, que tratassem da temática teórico-conceitual do estudo: autogestão da saúde; autogestão ineficaz da saúde; promoção da saúde e da temática específica: saúde de homens em adoecimento crônico; autogestão ineficaz da saúde de homens adultos.

Critérios de exclusão: resumo simples publicado em anais de eventos que não apresentavam aprofundamento na temática investigada, materiais incompletos, ou duplicados e/ou repetidos.

Com a definição dos critérios foi realizado entre agosto de 2023 a março de 2024 por meio de revisão em cinco bases de dados eletrônicas: Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) via plataforma CAFe (Comunidade Acadêmica Federada), PubMed / *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, BIREME Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, MEDLINE e SciELO) utilizando-se as palavras chaves do estudo combinadas com o uso dos operadores booleanos “AND” e “OR”, utilizando os termos em português e em inglês: autogestão ineficaz da saúde, homens, adoecimento crônico, doença crônicas não transmissíveis, promoção da saúde, Nola J. Pender, Modelo de Promoção da Saúde.

A busca resultou em uma totalidade de 5.402 publicações, após uma análise utilizando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, com base nas leituras iniciais de títulos que contemplassem a temática estudada em homens, foi realizado a leitura dos resumos e por fim dos artigos na íntegra, foi selecionados e utilizados para confecção do diagrama explicativo, produto do estudo a somatória de 21 artigos e 1 livro.

A produção científica foi submetida a procedimentos analíticos estruturados (Quadro 1) previamente pela equipe de pesquisa, na busca por encontrar os elementos conceituais, teóricos, empíricos e estruturais do fenômeno/objeto investigado - protocolo de coleta de dados (APÊNDICE A).

Quadro 1 - Quadro de organização dos dados do estudo teórico com base na proposição do Modelo de Fawcett. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

Conceitos propostos na Teoria:	Aplicabilidade do conceito teórico ao fenômeno investigado:	Indicadores empíricos (da literatura):
1. Características e Experiências Individuais		
Comportamento anterior: Fonte consultada e analisada:	Autogestão ineficaz da saúde Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais: Fonte consultada e analisada:	BIOLÓGICO: Fonte consultada e analisada: PSICOLÓGICO: Fonte consultada e analisada: SOCIOCULTURAL: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:

2. Comportamento Específico		
Percebe benefícios para ação: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Percebe barreiras para ação: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Percebe autoeficácia:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Sentimentos em relação ao comportamento: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Compromisso com plano de ação: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Influências interpessoais (família, cônjuge, normas, provedores, modelos): Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Situações que influenciam (opiniões, exigências, eficácia): Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
3. Resultado do comportamento e experiências individuais		
Exigências imediatas (baixo controle), preferências (auto controle): Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:

Comportamento de promoção da saúde:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Fonte consultada e analisada:		

Fonte: Elaboração Própria, 2024 (adaptado do Modelo de Promoção da Saúde, Pender, Murdaugh, Parsons, 2015).

O modelo proposto por Fawcett orienta para a identificação do “Conceito” - o qual se determina no momento em que um estudo se inicia, em que os conceitos considerados mais gerais e/ou abstratos são definidos, conferindo melhor compreensão dos seus objetivos, finalidades, área em que o estudo está inserido, a natureza do problema investigado, o método e demais características e componentes essenciais para tal desenvolvimento (Fawcett, 2021). Em seguida, faz-se necessário apontar qual a “Teoria/referencial teórico” adotado no estudo, a fim de que os conceitos existentes sejam mais bem apresentados, interpretados e concretizados. Além disso, evidenciar qual o “Método de Pesquisa Empírico” foi empregado na investigação para tornar aplicáveis os conceitos e o referencial na prática, fortalecendo a análise dos dados encontrados e a definição de indicadores empíricos (Fawcett, 2021).

Considerando que foi investigado um conceito diagnóstico empregado pela NANDA-I, utilizou-se a definição desta taxonomia. Contudo, para ampliar o alcance da literatura científica sobre a temática, valeu-se do conceito de autogestão descrito pelo DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021; DeCS, 2023a; DeCS, 2023b).

Como estratégia de garantia da qualidade e rigor metodológico no estudo, a pesquisadora responsável pelo estudo valeu-se da sua inserção em uma disciplina dedicada ao estudo das Teorias de Enfermagem para discutir os achados encontrados na análise teórica, bem como produzir novos dados, por meio de registros/notas teóricas acerca da temática, oriundas dos debates produzidos pela turma (composta por 10 estudantes de especialização mestrado, doutorado), docentes/pesquisadores(as) que investigavam o desenvolvimento e a aplicação das Teorias de Enfermagem.

O processo de construção do Conceito Teórico Empírico Estrutural do fenômeno investigado, perpassou pela Análise de conteúdo Temático Reflexiva (Marques, Graeff, 2022) da situação de saúde de homens em contexto de adoecimento crônico que revelou a ocorrência de problemáticas no modo como os homens geriam a sua própria saúde. A partir de tal evidência, foi iniciado um processo de leitura flutuante acerca da problemática, na

direção de encontrar o conceito a ser empregado na análise, o qual se baseou na utilização de dicionário de palavras (língua portuguesa), a fim de clarificar a compreensão acerca do termo mais adequado a ser empregado (autocuidado, autogestão, controle, eficácia, ineficácia, ineficiência) (Figueiredo, 1899).

Posteriormente, empregou-se o acesso à plataforma do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, criado pelo BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde para conceitualização das palavras chaves da temática do estudo, o qual indicou a existência de descritores relacionados ao interesse da busca: Autogestão, cujo os termos alternativos relacionados foram: Auto Gerenciamento; Auto Gestão; Auto-Gerenciamento; Auto-Gestão e Autogerenciamento (DeCS, 2023a; DeCS, 2023b) Na etapa de busca no DeCS foram levantados outros descritores (saúde, adulto, homens, saúde do homem, doença crônica) a fim de possibilitar o cruzamento desses nas bases de dados científicas que apresentassem produções científicas sobre a temática.

Por fim, uma terceira e última busca foi realizada, sendo utilizada a Taxonomia NANDA-I, por se tratar do emprego de conceitos estruturados sob a forma de Diagnósticos de Enfermagem (DE), os quais são amplamente difundidos e empregados por enfermeiras em vários países no mundo. Desse modo, encontrou-se: “Autogestão ineficaz da saúde (00276)”, cuja a definição é: manejo insatisfatório de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica. Tal DE encontra-se organizado no Domínio 1. Promoção da saúde e na Classe 2. Controle da saúde, versão 2021-2023 (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021).

O cumprimento da disciplina de Teorias de Enfermagem possibilitou a realização de atividades de ensino-aprendizagem acerca da estrutura do conhecimento da Enfermagem contemporânea, Teoria de Enfermagem e Ciência da Enfermagem: História e significância, Filosofias, Modelos Conceituais, Teorias, Grandes Teorias e Teorias de Médio Alcance, Processo de desenvolvimento da teoria, Passos para formalização da Estrutura Conceito-Teoria-Dados Empíricos, Integração de Modelo, Teorias, Pesquisa e Prática da Enfermagem e acerca da Estrutura para análise e avaliação de teorias de Enfermagem.

Foi analisado o Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015) em conjunto com os conceitos e definições propostos nesta Teoria, e, posteriormente, aplicou-se o mesmo raciocínio à elaboração de um diagrama próprio com os conceitos e definições relacionados ao fenômeno investigado no estudo de dissertação. Além disso, ocorreram discussões em grupo com os demais estudantes da classe, apresentação de seminários sob supervisão de docentes especialistas e a elaboração de um diário de

anotações com base nos apontamentos de cada aula.

A elaboração do diário (APÊNDICE B) foi constituído de notas teóricas registradas pela autora principal durante o cumprimento da disciplina, mediante as suas observações, impressões, dúvidas e apontamentos considerados relevantes sobre os elementos constitutivos do Conceito Teórico Empírico Estrutural. Em diálogo conjunto com estudantes, professores e pesquisadores convidados na disciplina, realizou-se o levantamento de afirmações teóricas e a análise do conceito propriamente dito, o qual foi subsidiado pela literatura científica e as bases no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015).

Quadro 2 - Modelo do diário reflexivo para registro de notas teóricas sobre o fenômeno investigado a partir das impressões da pesquisadora responsável pelo estudo. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE PESQUISA: AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE DE HOMENS ADULTOS EM ADOCIMENTO CRÔNICO: ESTUDO TEÓRICO-EMPÍRICO DIÁRIO REFLEXIVO				
Aula	Tema da aula	Conteúdo da aula	Insights	Síntese reflexiva (Nota Teórica):
01: Data:	Temática:	Conteúdos:	Insights 01: Insights 02: Insights 03:	Nota reflexiva 01: Nota reflexiva 02: Nota reflexiva 03:
Comentários, lembretes e anotações adicionais:				

Fonte: Elaboração Própria, 2024.

Com fins na análise dos dados apreendidos empregou-se o Modelo Conceitual proposto por Fawcett à problemática investigada. Procedeu-se à definição dos conceitos teóricos, tendo considerado as especificidades do emprego do conceito na literatura, acomodação dos conceitos do estudo junto aos conceitos propostos na Teoria empregada, apresentação de proposições e a aplicabilidade dos componentes do diagrama da Teoria junto

à problemática investigada e por fim, foi realizado o levantamento de instrumentos clínicos capazes de avaliar a autogestão ineficaz da saúde, como estratégia de finalização da análise do Conceito Teórico Empírico Estrutural (Fawcett, 2021)

Como base no instrumento de seleção e análise dos dados, organizou-se os conceitos proposto como comportamento anterior, fatores pessoais, percepções de barreiras e benefícios foram descritos na primeira coluna, estes sendo os definidos e apresentados pela Teórica Nola Pender, que juntos com a segunda coluna denominada aplicabilidade do conceito teórico ao fenômeno investigado representou o modelo conceitual (C), trazendo as definições abstratas e gerais da Teoria de Promoção da Saúde e do objeto de estudo da pesquisa autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico. E por fim, uma terceira coluna representando o referencial teórico da pesquisa (T), com as definições específicas e direcionadas do estudo (Quadro 1).

Com base nesse quadro e com o que foi proposto na segunda e terceira coluna, foram realizadas reuniões *on-lines* via *Google Meet*® com os autores envolvidos na pesquisa, para a construção do Diagrama explicativo (Figura 2) apresentado como resultado no Manuscrito 01.

5.2 ESTUDO EMPÍRICO-ANALÍTICO

5.2.1 Tipo do estudo

Estudo qualitativo, empírico-analítico, que valeu-se de multimétodos para a execução das suas etapas de desenvolvimento, utilizando de uma análise teórico-conceitual para embasar a investigação empírica envolvendo homens adultos em contexto de adoecimento crônico, acerca do cuidado com a saúde. A estrutura do desenho do estudo obedeceu às recomendações do *guideline: Standards for Quality Improvement Reporting Excellence - SQUIRE 2.0* (Ogrinc *et al.*, 2016).

5.2.2 Campo do estudo

O estudo foi desenvolvido nos ambientes de serviços de saúde na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, nos três níveis de Atenção à Saúde, entre os anos de 2019 e 2020 (período pré-pandemia). Salvador é a capital baiana com 2.417.678 habitantes segundo último censo realizado em 2022 (IBGE, 2022). Dados do Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 do município destaque perfis comportamentais importantes, com base em dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico -

VIGITEL no ano de 2015, com homens quando comparado às mulheres com percentual maior de tabagismo 5,6% por 3,8%, de bebida alcoólica 31,0% por 15,4% e com percentual de consumo regular de frutas e hortaliças menor em comparação às mulheres 13,2% por 23,1% (Salvador, 2018).

Salvador possui 2.986 serviços de saúde, sendo 85,53% do setor privado, e apenas 432 estão vinculados ao SUS, restringindo a APS são 121 unidades cadastradas, com uma cobertura de serviços de apenas 45,7% da população (Salvador, 2018). Ao analisar o Plano Municipal de Saúde do Salvador elaborado para 2018-2021, e sendo exposto durante todo o conteúdo indicadores de mortes prematuras por DCNT maior em homens, bem como por mortes externas, durante todo a descrição dos serviços especialização de atenção bem como as ações planejadas para melhora dos indicadores, para o planejamento de 2021 não foram criados nem implementados serviços e programas de atenção especializada e integralizada as especificidades dos homens (Salvador, 2018).

Em 2021 com a divulgação da NOTA TÉCNICA Nº 11/2021-COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS e da Portaria GM/MS Nº 3.562, de 12 de Dezembro de 2021 que altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, ações foram implementadas no Estado, em busca de fortalecimento da rede para a Saúde do Homem, com a implementação do programa Pré-Natal do Parceiro e também estreitamento de laços da Área Técnica de Saúde do Homem com Grupo de Estudos sobre o Cuidado em Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que dispõe de uma área de pesquisa voltada a Saúde de Homens e suas masculinidades (SESAB, 2024).

A pesquisa de campo ocorreu nas Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, Serviço Ambulatorial (endocrinologia, infectologia e urologia) Unidade Hospitalar (enfermaria clínica, cirúrgica, urologia e cardiologia) e Especializada (reabilitação) e serviços terapêuticos que ofertavam Práticas Integrativa e Complementares (PICs) - massoterapia, terapia tântrica, meditação e yoga. Os participantes também foram pesquisados em ambientes de socialização masculina no município, a saber: praças, parques e academias de ginástica públicas, quadras poliesportivas, barbearias, cinema, teatro, ambientes de trabalho - empresas, fábricas, espaços religiosos, estações de transporte público, pontos de encontro.

Outras formas de captação de participantes foram empregadas, utilizando o ambiente virtual, a partir do acesso às redes sociais digitais: *Facebook*® e *Instagram*®, *Grindr*® e *Scruff*®. Para estabelecer contato para agendamento das entrevistas foi utilizado como recurso

o aplicativo de conversação *Whatsapp*®, entre os participantes que autorizaram a disponibilização. O contato foi realizado através de um número telefônico e aparelho próprio para uso em pesquisas.

5.2.3 Participantes do estudo

Totalizaram 67 homens adultos (entre 20 e 59 anos), cisgêneros e profissionais de saúde da rede de atenção recrutados nos serviços de saúde em vivência de adoecimento crônico que participaram de uma pesquisa de campo. Foram adotados critérios de inclusão e exclusão para o desenvolvimento do estudo:

Critérios de Inclusão: ser homem adulto, com idade acima de 18 anos, residir no município investigado.

Critérios de exclusão: homens que apresentassem impossibilidade da fala, em razão da necessidade da realização da entrevista, que se encontrasse com afecções agudas e instabilidades e desconfortos relacionados ao processo saúde-doença, que pudesse inviabilizar a interação entre o participante e a equipe de pesquisa responsável, bem como o entendimento que estava sendo investigado.

Em razão das especificidades de determinados grupos populacionais a exemplo dos homens em situação prisional, em situação de rua, instituições asilares e/ou de longa permanência, migração humana, indígenas, ribeirinhos, do campo, das florestas e das águas, quilombolas, não foram incluídos no estudo.

A amostragem foi subdivididos em dois grupos:

Homens adultos que se encontravam nos serviços de saúde:

Idade média de 55 anos, de raça/cor autodeclarada preta, cisgêneros, heterossexuais, casados, com presença de filhos, com nível fundamental de escolaridade, adeptos à religião católica e candomblecista, residentes em casas próprias, em bairros periféricos da cidade. Utilizavam o transporte público para se locomover, encontravam-se em situação de trabalho informal, beneficiários de provimentos do governo (ex: auxílios, bolsa família) e renda salarial média de um salário e meio.

Homens adultos que se encontravam em espaços urbanos de socialização masculina:

Idade média de 40 anos, de raça/cor autodeclarada preta, cisgêneros, heterossexuais, em união estável, com presença de filhos, com nível médio de escolaridade, não adeptos à religião, porém manifestantes de crenças espirituais. Utilizavam automóveis para se

locomover, encontravam-se empregados, com carteira assinada e renda salarial média de três salários mínimos. Não possuíam deficiência.

5.2.4 Produção de dados

A produção dos dados foi organizada em dois momentos. No primeiro momento foi realizada a produção dos dados do estudo teórico já descrito anteriormente e posteriormente ocorreu a apreensão do conteúdo temático reflexivo dos dados da pesquisa empírica envolvendo homens adultos em contexto de adoecimento crônico.

O processo de construção do Conceito Teórico Empírico Estrutural do fenômeno investigado, perpassou pela Análise de conteúdo Temático Reflexiva (Marques, Graeff, 2022) da situação de saúde de homens em contexto de adoecimento crônico que revelou a ocorrência de problemáticas no modo como os homens geriam a sua própria saúde. Os dados apreendidos foram submetidos ao Método da Análise de Conteúdo Temático Reflexiva, a partir do cumprimento das etapas:

- 1) Leitura linha a linha e releitura das fontes de dados consultadas para a familiarização com a temática e apontamento de ideias iniciais;
- 2) Codificação das características relevantes dos dados, de maneira sistemática a partir do instrumento guia, observando a existência de padrões recorrentes nos conteúdos analisados;
- 3) Criação/agrupamento de códigos em potenciais temas geradores e as suas correlações, os quais foram posteriormente enquadrados no modelo teórico adotado;
- 4) Releitura e revisão dos temas encontrados, checando as relações existentes entre ambos;
- 5) Definição/nomeação dos Temas Geradores Iniciais e os temas respectivos, tal como o encontro da reflexividade destes;
- 6) Constituição de uma relatório a partir dos dados codificados (Clarke, Bennett, 2013; Braun, Clarke, 2016).

Em seguida, procedeu-se com a análise de dados empíricos, oriundos de uma pesquisa de campo, realizada com homens adultos residentes na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, no período entre 2019 a 2020 (pré-pandemia da Covid-19). Para tanto, os participantes foram acessados em ambientes presenciais e virtuais (mediados por tecnologia), sendo, inicialmente, apresentado os objetivos, finalidades e justificativas da pesquisa e em seguida a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). A pesquisa foi realizada

por meio de entrevistas individuais, por uma enfermeira e um enfermeiro estudantes de mestrado, um enfermeiro estudante de doutorado, sob a supervisão de um doutor e duas doutoras, da área de enfermagem e saúde, com expertise na área do objeto de investigação e no método. Sendo este doutor um dos autores deste estudo. A garantia da confidencialidade foi mantida, conferindo a possibilidade de agendamento das entrevistas em locais apropriados: instalações dos serviços de saúde e espaços terapêuticos; instalações da universidade e demais espaços públicos - biblioteca, centros de cultura, escola, espaços esportivos.

Os estudos qualitativos permitem a descobertas de processos sociais ainda pouco explorados em grupos específicos, contribuindo na elaboração de novas abordagens, além de permitir revisar e criar conceitos e categorias ao longo da investigação, aprimorando pesquisas em grupos ou de um determinado segmento, de narrativas sociais na perspectivas dos atores envolvidos e suas relações, analisando não apenas discursos mas também documentos (Minayo, 2014).

O roteiro de entrevista contemplou questões relativas às características sociodemográficas, laborais e de saúde, e relacionadas a experiência do cuidado urológico, o qual foi validado internamente, por membros de grupo de pesquisa, e externamente junto a um grupo de 20 participantes (entrevistas-piloto). Houve aprimoramento do instrumento após a validação.

A coleta de dados foi guiada por instrumento semiestruturado (APÊNDICE D), composto por questões fechadas relacionadas às características sociodemográficas, laborais, de saúde e por um roteiro de entrevista composto por perguntas abertas relacionadas ao objeto central do estudo: Fale-me como se dá o cuidado com a saúde? Quais as razões para o cuidado com a sua saúde ocorra desta maneira? Aponte-me o que você tem feito para cuidar da sua própria saúde? Há alguma influência no cuidado da sua saúde que seja relevante mencionar? Conte-nos quais são as facilidades vivenciadas para tomar a decisão de cuidar da sua saúde? Descreva-me se você tem enfrentado alguma dificuldade para gerenciar a sua própria saúde?

As entrevistas ocorreram em momento único, com duração média de 60 minutos, audiogravadas em aparelho próprio para uso em pesquisas, sendo armazenadas em computador próprio da universidade, utilizando códigos de identificação para proteção dos dados (Ex: E de entrevistado e o número de ordem da entrevista - E1, E2 E3 e subsequente). Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, envolvendo mais de 200 páginas de material textual, submetidas à transcrição - correção ortográfica e ajustes de

coerência/coesão, mantendo a semântica. Para tal organização foi empregado o *software* NVIVO-12, que possibilitou criar os “nós” (códigos temáticos), ordenar, classificar, sistematizar e produzir relatórios a partir dos dados de natureza qualitativa que foram incorporados. Foram submetidas a processo analítico - coleta e análise comparativa constante dos dados. A fim de garantir uniformização da produção de dados, foram realizadas capacitações e encontros consecutivos para alinhamento do grupo de pesquisadores.

Com base na organização dos dados foi possível proceder com a etapa de codificação. Para tanto, empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A fim de cumprir com a qualidade, validade e rigor metodológico ao reportar o desenvolvimento do estudo qualitativo, adotou-se o *Checklist - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), na versão traduzida para o português (APÊNDICE E).

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma metodologia de sistematização e análise de dados qualitativos, com a formação de um discurso-síntese por meio de trechos de falas que partilham da mesma ideia. Esse método permite a exploração de ideias, representações, crenças e valores de um determinado assunto de uma população, de forma sistemática e padronizada, baseada na Teoria das Representações Sociais (Lefèvre, Lefèvre, 2003; Figueiredo, Chiari, Goulart, 2013).

Os dados foram interpretados à luz do Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender, seguindo de modo convergente a análise empregada na fase de estudo teórico. Contudo, procedeu-se com a integração e o enquadramento entre as figuras metodológicas do DSC junto aos elementos constitutivos do MPS, a fim de obter uma aproximação indutiva dos achados empíricos junto ao conhecimento teórico, a partir do exercício de abstração teórica empregada pela equipe de pesquisa.

5.2.5 Aspectos éticos da pesquisa

Foram respeitados os aspectos éticos emanados nas Resoluções 466/12, 510/16 e 580/18 da pesquisa. Para tanto, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número: CAAE: 11851619.2.0000.5531 e de número de aprovação: 3.313.517/2020. O acesso aos campos investigados foi autorizado previamente. Os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo disponibilizada uma via para os mesmos. O anonimato foi preservado, sendo utilizado codinomes para fins de preservação da identidade, a saber: H de homem e o número de ordem

da realização das entrevistas – H1, H2, H3 e subsequente e da descrição da categoria profissional de saúde – Enfermeira, Médico e etc.

6 RESULTADOS

Os achados centrais encontrados neste estudo de dissertação está direcionado à apresentação dos elementos estruturais que circundam o conceito de Autogestão Ineficaz da Saúde, especialmente, a partir da produção do conhecimento científico em Enfermagem, tal como dos aspectos empíricos encontrados a partir da experiência dos homens em vivência de adoecimento crônico, aproximando-os da relação com a gestão da sua própria saúde. Para tanto, são apresentados sob a forma de dois manuscritos científicos descritos a seguir.

6.1 MANUSCRITO 01

Este manuscrito versa sobre a análise do conceito de autogestão ineficaz da saúde de homens, mediante o emprego do Modelo de Fawcett e encontra-se estruturado com base nas normas da revista *International Journal of Nursing Knowledge*, da NANDA I - ISSN *on-line*: 2047-3095.

Estrutura Conceitual, Teórica e Empírica da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico

Resumo

Objetivo: Analisar o conceito da “autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico” utilizando a estrutura conceito, teoria e dados empíricos sob o prisma do Modelo de Promoção da Saúde (MPS). **Métodos:** Estudo teórico-empírico, de aplicação do Modelo de Promoção da Saúde ao fenômeno estudado, utilizando o método Conceito Teórico Empírico Estrutural de Jackeline Fawcett. O estudo envolveu a participação em disciplinas de teorias de enfermagem, análise de literatura científica, e a construção de um diagrama explicativo sobre o fenômeno investigado. **Resultados:** A estruturação teórica, empírica e conceitual da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico possibilitou reconhecer as características, os comportamento específicos e resultados de comportamento e experiências individuais da Promoção da Saúde que explicam a ocorrência, os antecedentes, fatores pessoais, autopercepção da problemática, sentimentos,

influências, exigências, preferências e compromissos promotores ou não da saúde em dada construção social das masculinidades. **Conclusão:** O referencial do Modelo de Promoção da Saúde mostrou-se sensível ao fenômeno investigado, permitindo localizar conceitos e direcionamentos para a prática em Enfermagem, ampliando e fortalecendo o emprego de sistemas de linguagem padronizada e a definição do escopo da produção do cuidado.

Descritores: Bases de Conhecimento; Teoria de Enfermagem; Gestão da Saúde; Saúde do Homem; Doença Crônica.

Introdução

Considerada um problema de saúde pública a nível mundial, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) possuem características de progressão lenta e irreversível, associadas às complicações que variam com abrangência leve à incapacitante, bem como mortes prematuras. Sofre influência de fatores de riscos e de determinantes de saúde que englobam condições socioeconômicas, culturais e ambientais que impactam no prognóstico e evolução das DCNT.^{1,2}

No Brasil, apenas no ano de 2019 as DCNT foram responsáveis por 337.098 mortes prematuras, um aumento de 49,6% quando analisados os números absolutos dos últimos 29 anos, sendo os homens jovens os que mais morrem. As mortes prematuras são registradas na faixa etária de 30 a 69 anos² e trazem consequências para a família, economia e sociedade, provocando discussão em organismos supranacionais como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que ratificam para 2030 a magnitude da ocorrência das DCNT na população, assim como a Organização Mundial de Saúde (OMS) que propõe a redução em 1/3 das mortes prematuras por DCNT por meio de promoção, prevenção e tratamento dessas doenças.³ Estudos afirmam que o Brasil não conseguirá chegar à meta mundial.^{1,2}

A gestão da saúde compreende identificar, controlar, executar e integrar atividades para manter a saúde e o bem-estar⁴, tratando-se da gestão em saúde dos homens, essa ação deve ser gerida por eles e quando necessário, buscar apoio das instituições e profissionais de saúde. O cuidado da saúde dos homens é compreendido como um conjunto de concepções, atitudes e práticas, as quais se estruturam de forma individual e/ou coletiva, nas dimensões intrapessoais, interpessoais, comportamentais, macrossociais, ecológicas, étnico-raciais, transculturais e transpessoais, em dada inserção territorial e sociocultural, sendo fundamentado nas crenças e expectativas sobre o ser masculino no mundo.⁵

Na perspectiva do autocuidado, a gestão da saúde pode ser definida como o cuidado consigo mesmo, quando doente ou tomada de ações e adoção de comportamentos positivos para prevenção de doenças.⁶ Pensando na autogestão desse cuidado, esta pode ser entendida como a capacidade do indivíduo para gerenciar os sintomas, tratamento, consequências físicas, psicossociais e mudanças no estilo de vida, inerentes ao adoecimento crônico.⁷

A gestão ineficaz está relacionada aos efeitos não alcançados, seja em partes ou como um todo, aquilo que não apresentou os resultados esperados^{8,9}, desse modo o termo autogestão ineficaz da saúde é definido como a gestão insatisfatória dos sintomas, tipos de tratamento: físico, psicossocial e espiritual, resultantes de mudanças inerentes no estilo de vida de quem vive com uma condição crônica.⁴

A socialização masculina em especial a denominada cisheteronormativa detém, em sua multiplicidade, uma negação às práticas de autocuidado ou de outrem, pois historicamente em uma perspectiva de gênero, competia às mulheres o cuidado da família, em especial o cuidado a si próprias e aos filhos, não cabendo aos homens esta prática, ficando isentos da necessidade de atenção.^{10,11,12}

Quando pensado nas iniquidades sociais, a população de baixo poder aquisitivo, com menor renda e índice socioeconômico têm maiores níveis de morbimortalidade em relação às DCNT. Isto decorre, não apenas de um menor acesso aos serviços de saúde e seus insumos para tratamento da doença e controle de suas complicações, mas também por possuírem menor nível instrucional para melhor entendimento das orientações propostas em seu tratamento, que impactam negativamente na adesão terapêutica. Tais fatores estão relacionados à autogestão ineficaz da saúde no processo do adoecimento crônico e índices de autocuidado deficitário nos homens.¹³

A promoção da saúde é um pilar importante na busca pela atenuação das desigualdades em saúde, conforme demarcado pela Carta de Ottawa em 1986. É parte integrante dos ODS da OMS, em especial a ODS 3, que busca promover a saúde para o alcance do bem-estar a todos.³ No Brasil, o conceito foi operacionalizado na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) em 2006 e consolidada em 2017 com o objetivo principal de promoção da equidade nas condições e estilos de vida, minimizando os determinantes de saúde.^{14,15}

Os recursos científicos/tecnológicos disponibilizados/utilizados no uso do conceito da promoção à saúde pelos profissionais de saúde no tocante à atenção ao indivíduo em processo de adoecimento crônico possibilitam a atuação do Enfermeiro durante os atendimentos nos serviços de saúde de maneira a subsidiar a efetivação do Processo de Enfermagem com ações

de diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de forma sistematizada, inter-relacionadas e singular ao processo saúde-doença em que se encontram os homens.¹⁶ Logo, os profissionais de Enfermagem podem constituir um elo para promover à saúde no contexto do adoecimento crônico, transpondo o modelo curativista, que tem se mostrado ineficaz para a atenção à saúde.¹⁴

Nessa direção, as Teorias de Enfermagem podem alicerçar a prática do enfermeiro. O do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) é um exemplo promissor, que foi desenvolvido por Nola Pender, em síntese, propõe que a promoção e manutenção da vida é possível por meio da modificação de hábitos e comportamentos de risco. Nessa Teoria, a prevenção é posta como pilar para a saúde, em que o indivíduo possui a capacidade de tomada de decisão e resolutividade para a ocorrência de mudanças comportamentais em saúde e ao enfermeiro cabe o papel fundamental de incentivar o autocuidado.^{17,18}

Considerando a lacuna científica no tocante a temática, dado que os estudos relacionados à saúde dos homens e a autogestão da saúde são recentes. Compreendendo que o Processo de Enfermagem está centrado no cuidado, e intimamente relacionado à promoção da saúde, embasado teórico e cientificamente pelas Teorias e Modelos Teóricos de Enfermagem, a análise da estrutura conceito, teoria e dados empíricos acerca do fenômeno torna-se imprescindível, ajudando a promover o avanço no conhecimento científico, especialmente, a respeito de como se dá a acomodação teórico-conceitual aos fenômenos da prática de Enfermagem na Saúde do Homem.

Este estudo foi guiado pela questão de pesquisa: Como se configura a aplicabilidade do conceito de autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico na perspectiva da promoção da saúde? Assim, definiu-se como objetivo deste estudo analisar o conceito da “autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico” utilizando a estrutura conceito, teoria e dados empíricos sob o prisma do Modelo de Promoção da Saúde (MPS).

Métodos

Estudo teórico-empírico, de aplicação do Modelo de Promoção da Saúde ao fenômeno estudado, utilizando o método C-T-E de Jackeline Fawcett (2021), a saber: 1- Modelo Conceitual (C) determinado como o momento inicial do estudo, onde será proposto os conceitos gerais e abstratos já existentes sobre a temática a ser estudada, norteando a pesquisa a ser desenvolvida com base em sete diretrizes: os objetivos da pesquisa, as vivências na área da saúde do estudo, a natureza do problema, e das contribuições relevantes que serão obtidas

para a enfermagem, o local do estudo, e o desenho metodológico da pesquisa dividido em quais instrumentos serão utilizados para a coleta dos dados e quais serão usados para a análise dos dados. 2- Teoria (T) conhecida como referencial teórico, na qual será apresentando os conceitos específicos e concretos, que irão gerar os objetivos específicos da pesquisa, trazendo os resultados da pesquisa. Por fim, o 3- Método de Pesquisa Empírico (E) etapa final da investigação, que aborda os indicadores empíricos, os dados, qual instrumento foi utilizado para coleta e análise destes dados.

Vincula-se à uma dissertação de mestrado em Enfermagem e Saúde de uma universidade pública federal na Bahia, Brasil. Para o desenvolvimento do estudo foi realizada a participação em uma disciplina intitulada: Teorias de Enfermagem. A equipe de pesquisa envolveu uma estudante de mestrado, duas estudantes de doutorado, três docentes com doutorado em Enfermagem e Saúde, com expertise no método empregado e na área de investigação, ambos com atuação na área de ensino e pesquisa.

O estudo foi constituído a partir do acesso à literatura de enfermagem: artigos científicos, livros, capítulos de livros, *sites*, portarias, políticas públicas e leis relacionadas com a temática de investigação. Além disso, incluiu notas teóricas registradas pela pesquisadora responsável durante o cumprimento da disciplina curricular no mestrado.

A produção dos dados foi realizada entre os meses de julho de 2023 a maio de 2024 e envolveu as seguintes estratégias: a) pesquisa empírica envolvendo homens adultos em contexto de adoecimento crônico; b) levantamento de estudos na literatura científica; c) cumprimento de uma disciplina direcionada à Teoria de Enfermagem; d) elaboração de um diário com notas teóricas acerca da temática; f) levantamento de afirmações teóricas e análise por parte da equipe de pesquisa; g) aplicação da proposição de Fawcett à problemática investigada.

O processo de construção do Conceito Teórico Empírico Estrutural do fenômeno investigado, perpassou pela Análise de conteúdo Temático Reflexiva^{20,21} da situação de saúde de homens em contexto de adoecimento crônico que revelou a ocorrência de problemáticas no modo como os homens geriam a sua própria saúde.

Posteriormente, empregou-se o acesso à plataforma do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, criado pelo BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde para conceitualização das palavras chaves da temática do estudo, o qual indicou a existência de descritores relacionados ao interesse da busca: Autogestão, cujo os termos alternativos relacionados foram: Auto Gerenciamento; Auto Gestão; Auto-Gerenciamento; Auto-Gestão e Autogerenciamento.⁷ Na etapa de busca no

DeCS foram levantados outros descritores (saúde, adulto, homens, saúde do homem, doença crônica) a fim de possibilitar o cruzamentos desses nas bases de dados científicas que apresentassem produções científicas sobre a temática.

Por fim, uma terceira e última busca foi realizada, sendo utilizada a Taxonomia NANDA-I, por se tratar do emprego de conceitos estruturados sob a forma de Diagnósticos de Enfermagem (DE), os quais são amplamente difundidos e empregados por enfermeiras em vários países no mundo. Desse modo, encontrou-se: “Autogestão ineficaz da saúde (00276)”, cuja a definição é: manejo insatisfatório de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica. Tal DE encontra-se organizado no Domínio 1. Promoção da saúde e na Classe 2. Controle da saúde, versão 2021-2023.⁴

Foi então definido a pergunta norteadora do estudo e realizado uma revisão da literatura sobre a temática entre agosto de 2023 a março de 2024 por meio de revisão em cinco bases de dados eletrônicas: Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) via plataforma CAFE (Comunidade Acadêmica Federada), PubMed / *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, BIREME Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, MEDLINE e SciELO) utilizando-se as palavras chaves do estudo combinadas com o uso dos operadores booleanos “AND” e “OR”, utilizando os termos em português e em inglês: autogestão ineficaz da saúde, homens, adoecimento crônico, doença crônicas não transmissíveis, promoção da saúde, Nola J. Pender, Modelo de Promoção da Saúde.

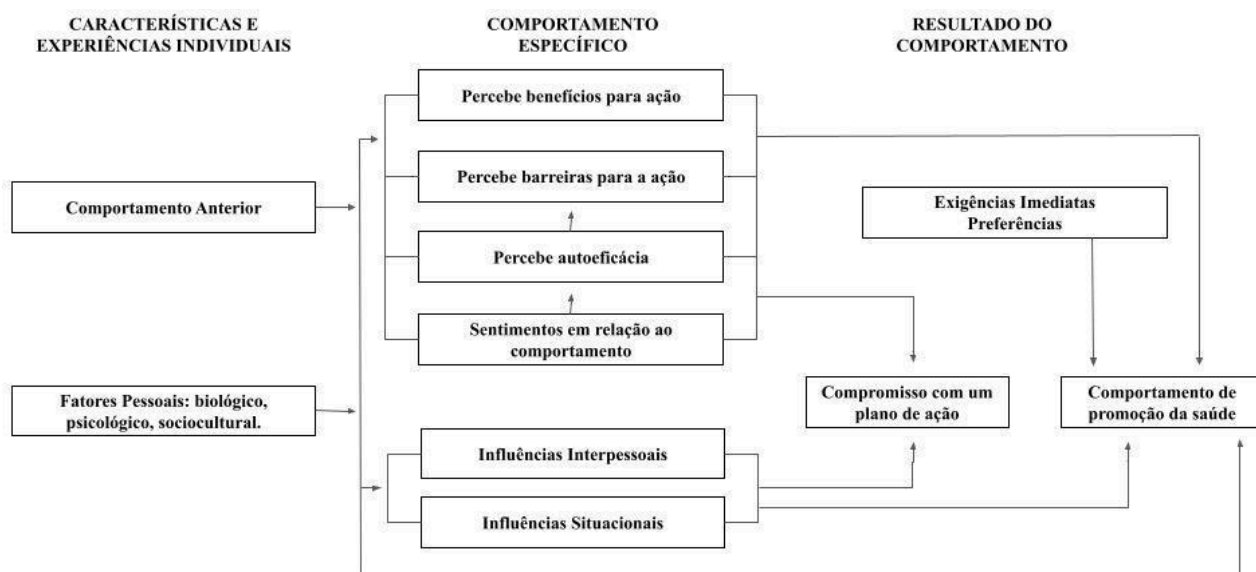
Os critérios de inclusão foram: materiais publicados na íntegra, de acesso livre, sem restrição de idioma, que tratassem da temática teórico-conceitual do estudo: autogestão da saúde; autogestão ineficaz da saúde; promoção da saúde e da temática específica: saúde de homens em adoecimento crônico; autogestão ineficaz da saúde de homens adultos. E os de exclusão: resumo simples publicado em anais de eventos que não apresentavam aprofundamento na temática investigada, materiais incompletos, ou duplicados e/ou repetidos.

A busca resultou em uma totalidade de 5.402 publicações, após uma análise utilizando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, com base nas leituras iniciais de títulos que contemplassem a temática estudada em homens, foi realizado a leitura dos resumos e por fim dos artigos na íntegra, foi selecionados e utilizados para confecção do diagrama explicativo, produto do estudo a somatória de 21 artigos e 1 livro.

Foi analisado o Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde de Nola Pender¹⁸ (Figura 1) em conjunto com os conceitos e definições propostos nesta Teoria, e, posteriormente,

aplicou-se o mesmo raciocínio à elaboração de um diagrama próprio com os conceitos e definições relacionados ao fenômeno investigado no estudo de dissertação (Figura 2). Além disso, ocorreram discussões em grupo com os demais estudantes da classe, apresentação de seminários sob supervisão de docentes especialistas e a elaboração de um diário de anotações com base nos apontamentos de cada aula.

Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. Salvador, Bahia, Brasil, 2024



Fonte: Traduzido e adaptado de Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. Seventh edition. Boston: Pearson, 2015.

A elaboração do diário foi constituído de notas teóricas registradas pela autora principal durante o cumprimento da disciplina, mediante as suas observações, impressões, dúvidas e apontamentos considerados relevantes sobre os elementos constitutivos do Conceito Teórico Empírico Estrutural. Em diálogo conjunto com estudantes, professores e pesquisadores convidados na disciplina, realizou-se o levantamento de afirmações teóricas e a análise do conceito propriamente dito, o qual foi subsidiado pela literatura científica e as bases no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.¹⁸

Com fins na análise dos dados apreendidos empregou-se o Modelo Conceitual proposto por Fawcett à problemática investigada. Procedeu-se à definição dos conceitos teóricos, tendo considerado as especificidades do emprego do conceito na literatura, acomodação dos conceitos do estudo junto aos conceitos propostos na Teoria empregada, apresentação de proposições e a aplicabilidade dos componentes do diagrama da Teoria junto à problemática investigada e por fim, foi realizado o levantamento de instrumentos clínicos

capazes de avaliar a autogestão ineficaz da saúde, como estratégia de finalização da análise do Conceito Teórico Empírico Estrutural.¹⁹

Inicialmente, como produto final da disciplina Teorias de Enfermagem foi construído uma tabela, onde os conceitos proposto como comportamento anterior, fatores pessoais, percepções de barreiras e benefícios foram descritos na primeira coluna, estes sendo os definidos e apresentados pela Teórica Nola Pender, que juntos com a segunda coluna denominada aplicabilidade do conceito teórico ao fenômeno investigado representou o modelo conceitual (C), trazendo as definições abstratas e gerais da Teoria de Promoção da Saúde e do objeto de estudo da pesquisa autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico. E por fim, uma terceira coluna representando o referencial teórico da pesquisa (T), com as definições específicas e direcionadas do estudo.

Com base nessa tabela e com o que foi proposto na terceira coluna, foram realizadas reuniões on-lines via *Google Meet*® com os autores envolvidos na pesquisa, para a construção do Diagrama explicativo (Figura 2).

Resultados

Os achados apresentam estrutura teórica, empírica e conceitual da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico sob o prisma do Modelo de Promoção da Saúde, conforme quadro analítico abaixo (Quadro 3).

Quadro 3 - Quadro analítico da Estrutura Conceitual, Teórica e Empírica do fenômeno da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico sob o prisma do Modelo de Promoção da Saúde. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

Conceitos propostos na Teoria:	Aplicabilidade do conceito teórico ao fenômeno investigado:	Indicadores empíricos (da literatura):
1. Características e Experiências Individuais		
Comportamento anterior: O comportamento ao qual se deseja mudar para um comportamento de promoção da saúde. ^{18,22}	Autogestão ineficaz da saúde - manejo insatisfatório de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica. ⁴	Os princípios patriarcais de uma sociedade machista hegemônica com ideias de virilidade, força e autossuficiência e autoestima elevada para os homens alicerçam uma autogestão ineficaz da sua saúde, retardando a procura por serviços de saúde, dificuldade em assumir práticas preventivas,

		impactando no prognóstico desses homens diante do adoecimento crônico. ^{23,25}
<p>Fatores pessoais - biológicos, psicológicos e socioculturais: [....] são os determinantes para uma efetiva mudança de comportamento.^{18,22}</p>	<p>BIOLÓGICO - Predisposição; genética /ou hereditária - Menor expectativa de vida.</p> <p>PSICOLÓGICO - Concepção deturpada de comportamentos de risco - Autoestima masculina - Níveis altos de estresse e ansiedade.</p> <p>SOCIOCULTURAL - Comportamentos de afirmação da masculinidade - Nível de escolaridade - Priorização da atividade profissional - Rede social</p>	<p>[....] estudos trazerem menor longevidade a população estudada, ...uma suscetibilidade a distúrbios genéticos relacionados a genes do cromossomo X pela ausência da sua duplicidade e encurtamento mais rápido dos telômeros.³⁰</p> <p>[....] os homens possuem concepções deturpadas diante de comportamentos de riscos, agravado a maiores índices de estresse e ansiedade que tendem a favorecer a adoção de comportamentos de riscos como tabagismo, etilismo, atividades sexuais arriscadas e condutas imprudentes no trânsito como válvulas de escape.³¹</p> <p>Socialmente estigmatizado, muitos homens, especialmente, aqueles que estão distantes da hegemonia, podem se sentir isentos de qualquer necessidade de ações de promoção, prevenção à saúde e tratamento de agravos crônicos.²⁴</p> <p>[...] O grau de instrução interfere diretamente na autogestão e controle da sua saúde, seja de forma positiva ou negativa^{26,27}, bem como a significação que os homens atribuem ao trabalho, priorizando este em detrimento à própria saúde²⁸ [...]</p> <p>O homem é um ser social, e a forma como ele enfrenta o seu processo saúde</p>

		doença depende da rede social envolvida, ou seja do apoio social, família, amigos e comunidade. ²⁹
2. Comportamento Específico		
<p>Percebe benefícios para ação: Visão quanto às vantagens da adoção do comportamento em saúde desejado.^{18,22}</p>	<p>Qualidade de vida, longevidade, prognóstico favorável às complicações do adoecimento, autogestão eficaz da saúde.</p>	<p>As disparidades acerca de morbimortalidade e longevidade estão associadas a percepções tradicionais de masculinidades e a carência de programas de saúde específicos para a população masculina^{24,32,33}. Decisões assertivas para o autocuidado e comportamentos de promoção da saúde são influenciados pelo letramento em saúde que demonstram a esses homens como a autogestão eficaz em saúde proporciona maior sobrevida, qualidade de vida, e melhor prognóstico frente ao surgimento de complicações e sequelas nas DCNT.³¹</p>
<p>Percebe barreiras para ação: Possíveis obstáculos e dificuldades para implementar o comportamento almejado.^{18,22}</p>	<p>Comportamentos machistas e/ou legitimação da masculinidade, antepor/prioriza as atividades profissionais e subsistência familiar, recurso financeiro para tratamento/terapêutica, sinais e sintomas do adoecimento, dificuldades para acesso aos serviços de saúde.</p>	<p>Os padrões patriarcais, com enfoque no hegemônico, permeado por normas e padrões culturais socialmente implantados, atribuem aos homens características como invulnerável, provedor do lar, protetor, forte, viril, entre outras.^{24,32,33} Os recursos financeiros podem ter um impacto negativo no acesso aos serviços de saúde e no tratamento de doenças. A escassez financeira, atrelada a vulnerabilidades socioeconômicas, se configura como preditor negativo da saúde geral,</p>

		uma vez que dificulta o acesso aos serviços de saúde e o tratamento adequado. ³⁴
<p>Percebe autoeficácia: Capacidade individual de avaliação no planejamento do comportamento de promoção da saúde, de forma a influenciar na percepção das barreiras para a mudança, onde quanto maior compreender a eficácia da mudança, menor serão os impactos dessas barreiras.^{18,22}</p>	Auto responsabilidade para gestão do cuidado, adesão à terapêutica e mudança de hábitos de vida.	Para atingir a mudança de comportamento proposta de autogestão eficaz da saúde é primordial a percepção da autoeficácia nesse contexto [...] Estudos indicam que a autorresponsabilidade está associada a melhores desfechos de saúde, pois motiva os indivíduos a tomarem decisões informadas e a serem proativos na gestão de sua saúde ²⁶ .
<p>Sentimentos em relação ao comportamento: Sensações e sentimentos positivos ou negativos quanto ao comportamento desejado. Este sentimento pode ocorrer em qualquer momento do planejamento, antes, durante ou depois.^{18,22}</p>	Medo/Tensão/Aflição de ter a masculinidade questionada, de sentir fragilizado, de adoecer.	Os padrões de masculinidade refletem em como os homens percebem suas necessidades, conduzido por comportamentos hegemônicos o medo enraizados pelas normas culturais e sociais de terem sua masculinidade questionada, de se sentirem fragilizados e de adoecerem causa efeitos deletérios na autogestão da sua saúde. Estudos apontam que os homens em sua maioria evitam os serviços de saúde para não serem vistos como vulneráveis ou incapazes de lidar com suas próprias questões, minimizando seus sinais e sintomas diante de um processo de saúde-doença já instaurado, criando um ciclo vicioso de negação que leva a progressão da doença ^{25,31,35} , mas o medo de adoecer também pode se torna um motivador paradoxal na autogestão da sua saúde.

<p>Compromisso com plano de ação: A pretensão da mudança permite um planejamento estratégico para executar o comportamento de saúde.^{18,22}</p>	<p>Percebe a saúde como algo a ser gerido/cuidado de forma autônoma.</p>	<p>[...] se compromissar com um plano de ação a ser desenvolvido em busca de uma autogestão eficaz da saúde envolve a percepção da saúde como algo que deve ser gerido de forma autônoma, tornando-se fundamental para a promoção da saúde com homens que adotam hábitos saudáveis, aderem ao tratamento proposto e realizam consultas e exames regulares mostram uma autogestão eficaz^{33,18}.</p>
<p>Influências interpessoais (família, cônjuge, normas, provedores, modelos): Normas, crenças e informações de outras pessoas que influenciam no comportamento.^{18,22}</p>	<p>Familiares responsabilizando-se pelo cuidado do homem, normas/expectativas da sociedade quanto a saúde masculina.</p>	<p>Quando os familiares assumem completamente o cuidado, os homens podem sentir-se desautorizados a tomar decisões sobre sua própria saúde. Essa dinâmica não só corrobora estereótipos de gênero, mas também pode resultar em uma menor adesão ao tratamento e a um menor engajamento em práticas de autocuidado³⁶ [...] As expectativas sociais [...] cria barreiras psicológicas e sociais que dificultam a adoção de comportamentos de promoção da saúde.³²</p>
<p>Situações que influenciam (opiniões, exigências, eficácia): Perspectivas de um determinado contexto ou situação que pode interferir no comportamento.^{18,22}</p>	<p>Acesso aos serviços de saúde, expectativas pessoais a saúde masculina, política/programa específica para atenção à saúde do homem, determinantes sociais de saúde, proxis/grupo social de pertencimento.</p>	<p>As expectativas pessoais dos homens em relação à sua própria saúde são construídas embasadas por crenças culturais e normas de gênero [...] só retarda a detecção e o tratamento das doenças, levando a piores prognósticos.^{25,35} [...] os serviços de saúde se encontram em sua maioria com profissionais e estrutura despreparados para o atendimento holístico aos homens, com</p>

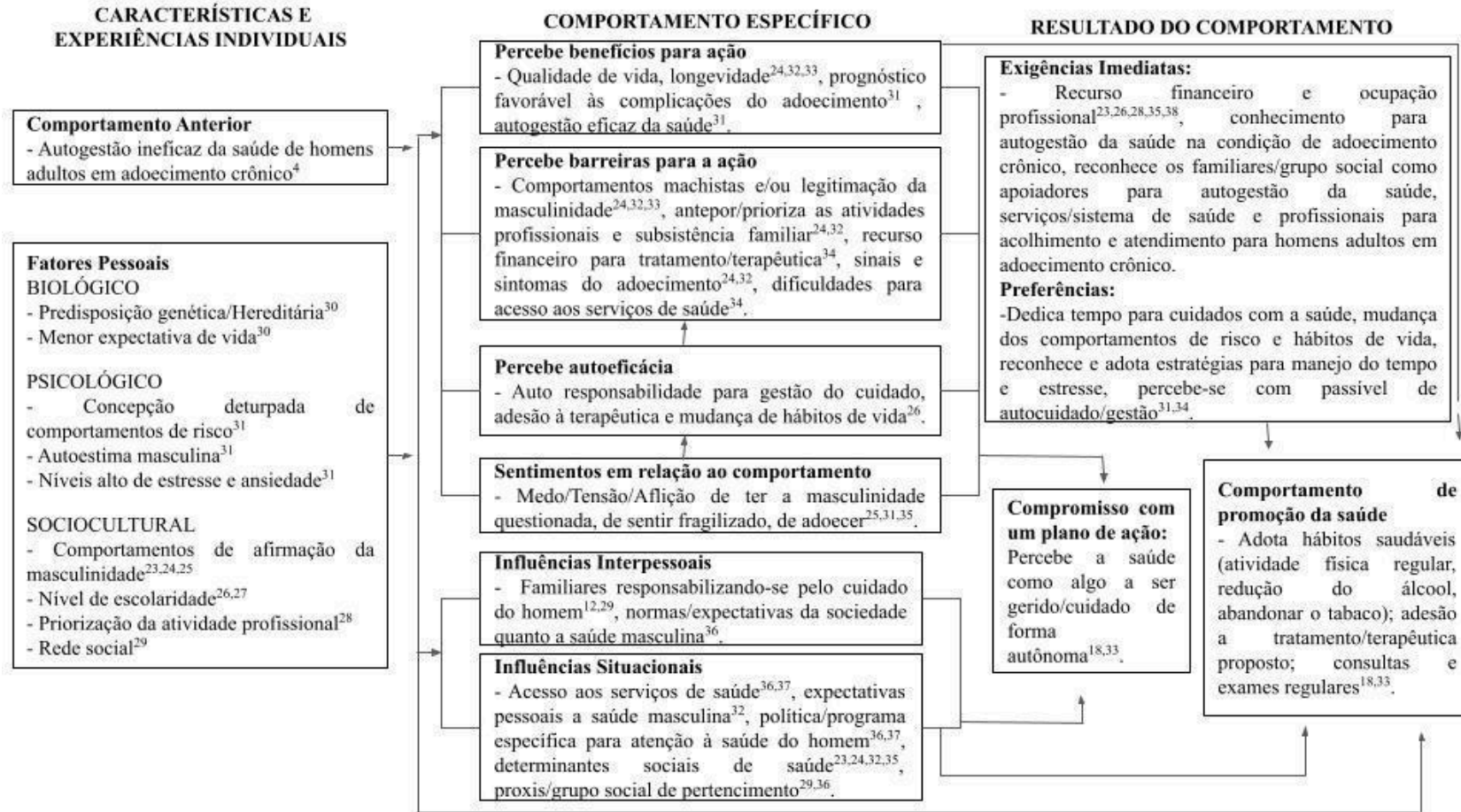
		<p>todo o planejamento de atendimentos voltados a programas de atenção à saúde da mulher, da criança, do idoso, sem dispor de acolhimento e escuta qualificada para as necessidades individuais e específicas dos homens, com horários de atendimento que conflitam em sua maior parte ao horário de serviço laboral, com homens imersos em iniquidades sociais que dificultam o acesso desses serviços e influenciam de forma negativa a participação e envolvimento dos homens em ações de promoção e prevenção da Atenção Básica.^{36,37}</p> <p>Os grupos sociais de pertencimento, ou proxis, desempenham um papel vital na forma como os homens gerenciam sua saúde, influenciando de forma positiva ou negativa, conforme normas e comportamentos predominantes^{29,36} [...]</p>
3. Resultado do comportamento e experiências individuais		
<p>Exigências imediatas, preferências: As exigências são as condutas que o indivíduo tem baixo controle, por depender de fatores externos. Já as preferências se tem grande controle, por depender apenas dele a decisão da mudança.^{18,22}</p>	<p>Exigências Imediatas: - Recurso financeiro e ocupação profissional, conhecimento para autogestão da saúde na condição de adoecimento crônico, reconhece os familiares/grupo social como apoiadores para autogestão da saúde, serviços/sistema de saúde e profissionais para acolhimento e atendimento para homens adultos em adoecimento crônico.</p>	<p>Fatores que frequentemente estão fora do controle direto dos homens em situações de adoecimento crônico mas que necessitam de enfrentamento incluem desafios financeiros, necessidade de emprego ou mudança para melhor adaptação ao tratamento da doença, carecimento por conhecimento, apoio familiar e adequação dos serviços de saúde. A</p>

		<p>condição econômica determina o poder de compra tanto dos insumos necessários para adesão ao tratamento^{23,35} [...] A busca por novas oportunidades de emprego tanto para suprir a demanda extra financeira da DCNT como para adequação da terapia proposta [...] pode limitar o tempo disponível para a autogestão da sua saúde.^{26,28,38}</p> <p>[...] Reconhecer a importância de um estilo de vida saudável, implementando estratégias para manejo do tempo e do estresse mostram uma maior propensão a alcançar melhores resultados de saúde.^{31,34}</p>
	<p>Preferências:</p> <p>-Dedica tempo para cuidados com a saúde, mudança dos comportamentos de risco e hábitos de vida, reconhece e adota estratégias para manejo do tempo e estresse, percebe-se com passível de autocuidado/gestão.</p>	
<p>Comportamento de promoção da saúde:</p> <p>Hábito modificado com o intuito de atingir níveis de bem-estar físico, mental e social.^{18,22}</p>	<p>Adota hábitos saudáveis (atividade física regular, redução do álcool, abandonar o tabaco); adesão a tratamento/terapêutica proposto; consultas e exames regulares.</p>	<p>[...] homens que adotam hábitos saudáveis, aderem ao tratamento proposto e realizam consultas e exames regulares mostram uma autogestão eficaz.^{33,18}</p>

Fonte: Elaboração Própria, 2024 (adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh, Parsons, 2015).

O conceito da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico foi submetido ao enquadramento teórico proposto por Nola Pender, a partir da definição das características, comportamento específico e resultados de comportamento e experiências individuais da Promoção da Saúde no âmbito da vivência dos homens em adoecimento crônico (Quadro 3).

Figura 2 - Diagrama explicativo da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos com doença crônica sob o enquadramento teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.



Fonte: Elaboração Própria (adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh, Parsons, 2015).

Discussão

Este estudo permitiu investigar e apresentar a análise do conceito teórico empírico e estrutural do fenômeno da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico sob a perspectiva da Promoção da Saúde a partir da concepção teórica de Nola Pender. Nessa direção foram encontradas as características, comportamentos e os resultados dos comportamentos e experiências individuais dos homens que melhor explicam a problemática em direção ao enfrentamento, sendo discutidos a seguir.

Características e experiências individuais

As características e experiências individuais englobam o comportamento anterior ao qual se deseja mudar para um comportamento de promoção da saúde, e os fatores pessoais que são determinantes para uma efetiva mudança de comportamento.^{22,18}

A autogestão ineficaz da saúde é um Diagnóstico de Enfermagem da Taxonomia NANDA-I, inserido no Domínio da Promoção da Saúde e se configura diante de indícios de avanço da doença crônica por meio dos sinais e sintomas, complicações e sequelas, bem como escolhas desfavoráveis de hábitos de vida e falta de adesão ao tratamento proposto.⁴ Sob a ótica do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, este é o comportamento ao qual se anseia mudança. Em se tratando da autogestão ineficaz da saúde de homens em adoecimento crônico, a análise e estruturação teórica, conceitual e empírica indicou o surgimento de variações acerca do ciclo de vida adulto, da categoria identitária “homem”, diante das interferências dos fatores socioculturais, biológicos e psicológicos em que estão inseridos, os quais conformam as masculinidades e a relação com a autogestão da saúde.

Os princípios patriarcais de uma sociedade machista hegemônica com ideias de virilidade, força e autossuficiência e autoestima elevada para os homens alicerçam uma autogestão ineficaz da sua saúde, inserindo na rotina diária de suas vidas, paradigmas quanto o ser homem para a sociedade em uma perspectiva de gênero, onde a procura por ajuda significa assumir alguma fraqueza, contradizendo todas as ideias machistas mencionadas, retardando a procura por serviços de saúde, dificuldade em assumir práticas preventivas, impactando no prognóstico desses homens diante do adoecimento crônico.^{23,25}

Socialmente estigmatizado, muitos homens, especialmente, aqueles que estão distantes da hegemonia, podem se sentir isentos de qualquer necessidade de ações de promoção, prevenção à saúde e tratamento de agravos crônicos.²⁴ Tal situação deve ser reconhecida pelos profissionais de

Enfermagem e da saúde nos encontros terapêuticos, no manejo clínico das doenças e agravos, no atendimento às demandas e necessidades de saúde, assim como no apoio e suporte à autogestão da saúde, contribuindo para que seja eficaz, mediante ao reconhecimento das especificidades, particularidades e singularidades dos homens.

O grau de instrução interfere diretamente na autogestão e controle da sua saúde, seja de forma positiva ou negativa^{26,27}, bem como a significação que os homens atribuem ao trabalho, priorizando este em detrimento à própria saúde, seja por uma questão social, do papel que desempenha como chefe de família, seja pelas implicações na renda que teria com a perda do emprego, especialmente, quando constituem modelos tradicionais de masculinidade.²⁸ Devido ao processo crônico do adoecimento que envolve o acompanhamento do tratamento a possíveis complicações que podem inabilitá-lo ao exercício profissional, bem como o perecimento da sua própria identidade por considerarem que só tinham valor frente à sociedade pelo cargo em que ocupavam.²⁸

O homem é um ser social, e a forma como ele enfrenta o seu processo saúde doença depende da rede social envolvida, ou seja do apoio social, família, amigos e comunidade.²⁹ Tal contexto, faz-se imprescindível a participação dos profissionais de enfermagem na autogestão da saúde dos homens, principalmente, no âmbito da cronicidade em saúde, que pode afetar não só a saúde física - corporeidade, sexual - disfunções e padrões de sexualidade ineficaz, quanto da saúde mental - sofrimento psicológico e perda de sentido na vida.

Ao ser analisado em uma perspectiva biológica aspectos hormonais como alta dose de andrógeno associado a uma predisposição biológica do sexo masculino quanto a má distribuição de tecido adiposo com tendência acumulativa em região abdominal, levam a maiores riscos de doenças cardiovasculares em comparação as mulheres, além de estudos trazerem menor longevidade a população estudada, não apenas como consequência de uma tendência maior a comportamentos de riscos, mas uma suscetibilidade a distúrbios genéticos relacionados a genes do cromossomo X pela ausência da sua duplicidade e encurtamento mais rápido dos telômeros.³⁰

Em uma avaliação psicológica, os homens possuem concepções deturpadas diante de comportamentos de riscos, agravado a maiores índices de estresse e ansiedade que tendem a favorecer a adoção de comportamentos de riscos como tabagismo, etilismo, atividades sexuais arriscadas e condutas imprudentes no trânsito como válvulas de escape.³¹

Observado na literatura e referências já mencionadas, sinônimos e definições que traziam interpretações diferentes a depender da aplicabilidade do conceito, como no caso de homem que

possuía uma definição geral, bem como no contexto social de gênero e no contexto biológico, masculino. Além também da definição de adultos que foram encontrados com delimitações etárias divergentes.

Comportamento específico

O comportamento específico se refere aos entendimentos e percepções que se quer alcançar, constitui um núcleo central e de atenção para a enfermagem, pois podem ser modificados^{18,22}, podem impactar a autogestão e o controle de saúde dos homens. Englobando seis conceitos: percebe benefícios para ação, percebe barreiras para ação, percebe autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e influências situacionais.

As disparidades acerca de morbimortalidade e longevidade estão associadas a percepções tradicionais de masculinidades e a carência de programas de saúde específicos para a população masculina.^{24,32,33} Decisões assertivas para o autocuidado e comportamentos de promoção da saúde são influenciados pelo letramento em saúde que demonstram a esses homens como a autogestão eficaz em saúde proporciona maior sobrevida, qualidade de vida, e melhor prognóstico frente ao surgimento de complicações e sequelas nas DCNT.³¹

Os padrões patriarcais, com enfoque no hegemônico, permeado por normas e padrões culturais socialmente implantados, atribuem aos homens características como invulnerável, provedor do lar, protetor, forte, viril, entre outras. Estas cargas patriarcais enraizadas, ditam o carinho, altruísmo e cuidado como exclusivamente feminino, culminado no distanciamento dos homens dos serviços de saúde, configurando-se como barreiras para comportamentos positivos de saúde.^{24,32,33}

Os recursos financeiros podem ter um impacto negativo no acesso aos serviços de saúde e no tratamento de doenças. A escassez financeira, atrelada a vulnerabilidades socioeconômicas, se configura como preditor negativo da saúde geral, uma vez que dificulta o acesso aos serviços de saúde e o tratamento adequado.³⁴ Igualmente, a falta de tempo devido ao foco no trabalho também representa um obstáculo, pois muitas vezes ele é priorizado, mesmo quando há sinais e sintomas de doença, dado que dele provém o sustento e a subsistência familiar. Essas barreiras se tornam ainda mais evidentes ao considerar o fator racial.^{24,32}

Para atingir a mudança de comportamento proposta de autogestão eficaz da saúde é primordial a percepção da autoeficácia nesse contexto, desta forma é necessário que esse homem em adoecimento crônico não apenas se veja como qualificado a gerir seu bem estar, mas se auto

responsabilize por esse cuidado, aderindo a terapêutica proposta e mudando hábitos de vida que impactam nos resultados dessa transformação. Estudos indicam que a autorresponsabilidade está associada a melhores desfechos de saúde, pois motiva os indivíduos a tomarem decisões informadas e a serem proativos na gestão de sua saúde.²⁶

Os padrões de masculinidade refletem em como os homens percebem suas necessidades, conduzido por comportamentos hegemônicos o medo enraizados pelas normas culturais e sociais de terem sua masculinidade questionada, de se sentirem fragilizados e de adoecerem causando efeitos deletérios na autogestão da sua saúde. Estudos apontam que os homens em sua maioria evitam os serviços de saúde para não serem vistos como vulneráveis ou incapazes de lidar com suas próprias questões, minimizando seus sinais e sintomas diante de um processo de saúde-doença já instaurado, criando um ciclo vicioso de negação que leva a progressão da doença^{31,35}, mas o medo de adoecer também pode se torna um motivador paradoxal na autogestão da sua saúde.

As influências interpessoais representam papel crucial na forma como os homens gerenciam sua saúde, em especial nas DCNTs, essas influências incluem a tratativa da família, as expectativas pessoais moldadas pelas crenças culturais, e as expectativas sociais sobre a saúde masculina.

No contexto do adoecimento crônico, é habitual que a família assuma a responsabilidade pelo cuidado do homem, por vezes anulando a sua participação. Este fenômeno pode ser atribuído a normas culturais que colocam a saúde e o cuidado como responsabilidades femininas, deixando os homens mais afastados dessas práticas. Estudos indicam que a participação ativa da família no cuidado pode tanto beneficiar quanto prejudicar a autogestão da saúde, oferecendo suporte emocional e prático, mas podendo reforçar a passividade do homem em relação ao seu próprio cuidado.^{12,29}

A responsabilização da família pelo cuidado do homem pode levar a um ciclo de dependência que impede a autogestão eficaz da saúde. Quando os familiares assumem completamente o cuidado, os homens podem sentir-se desautorizados a tomar decisões sobre sua própria saúde. Essa dinâmica não só corrobora estereótipos de gênero, mas também pode resultar em uma menor adesão ao tratamento e a um menor engajamento em práticas de autocuidado³⁶, reforçando que o envolvimento ativo do paciente em seu próprio cuidado é fundamental para o sucesso da autogestão nas doenças crônicas.

As expectativas pessoais dos homens em relação à sua própria saúde são construídas embasadas por crenças culturais e normas de gênero, ressaltando uma relutância na procura por cuidados de saúde por medo de demonstrar fraqueza ou perda de força e poder perante a sociedade.

Esse comportamento só retarda a detecção e o tratamento das doenças, levando a piores prognósticos.^{25,35}

As expectativas sociais quanto à saúde masculina também desempenham um papel significativo na forma como esses homens irão gerenciar sua saúde, reforçando a visão de resilientes e independentes, levando à negligência dos cuidados preventivos e a busca por ajuda. Essas expectativas podem criar barreiras psicológicas e sociais que dificultam a adoção de comportamentos de promoção da saúde.³² É essencial que os profissionais de saúde reconheçam essas barreiras e trabalhem para criar um ambiente de suporte que encoraje os homens a se envolverem mais ativamente no manejo da sua saúde.

Abordada como a feminilização da saúde e invisibilidade masculina, os serviços de saúde se encontram em sua maioria com profissionais e estrutura despreparados para o atendimento holístico aos homens, com todo o planejamento de atendimentos voltados a programas de atenção à saúde da mulher, da criança, do idoso, sem dispor de acolhimento e escuta qualificada para as necessidades individuais e específicas dos homens, com horários de atendimento que conflitam em sua maior parte ao horário de serviço laboral, com homens imersos em iniquidades sociais que dificultam o acesso desses serviços e influenciam de forma negativa a participação e envolvimento dos homens em ações de promoção e prevenção da Atenção Básica.^{36,37}

As expectativas pessoais sobre sua própria saúde como já debatido anteriormente são profundamente influenciadas pelas normas socioculturais, sendo visto de forma ameaçadora a sua masculinidade a busca por serviços médicos, levando ao tardamento nos tratamentos e piores prognósticos no adoecimento crônico, sendo agravado pela ausência do letramento em saúde e de programas de saúde direcionados especificamente aos homens.

Os grupos sociais de pertencimento, ou proxis, desempenham um papel vital na forma como os homens gerenciam sua saúde, influenciando de forma positiva ou negativa, conforme normas e comportamentos predominantes, desta forma as proxis que valorizam a saúde e promovem comportamentos saudáveis podem incentivar seus membros a adotarem práticas de autocuidado, de modo igual, grupos que reforçam estereótipos negativos de masculinidade podem desencorajar a busca por cuidados preventivos.^{29,36}

Resultado do comportamento e experiências individuais

Um elemento chave para que os homens alcancem níveis mais elevados de bem-estar e saúde por meio da Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender é a ênfase nos resultados do

comportamento e experiências individuais, que são influenciados por diversos fatores.

Fatores que frequentemente estão fora do controle direto dos homens em situações de adoecimento crônico mas que necessitam de enfrentamento incluem desafios financeiros, necessidade de emprego ou mudança para melhor adaptação ao tratamento da doença, carência por conhecimento, apoio familiar e adequação dos serviços de saúde. A condição econômica determina o poder de compra tanto dos insumos necessários para adesão ao tratamento, quanto por mudança nos hábitos de vida como escolhas mais saudáveis para consumo alimentar, desta forma em caso de condições desfavorecidas os homens tendem a não priorizar sua saúde, percebendo a adesão de diretrizes em saúde como ameaças a sua autonomia e ao seu papel de provedor do lar.^{23,35}

A busca por novas oportunidades de emprego tanto para suprir a demanda extra financeira da DCNT como para adequação da terapia proposta para a doença crônica como nos casos dos problemas renais pode limitar o tempo disponível para a autogestão da sua saúde.^{26,28,38} O apoio familiar e a adaptação dos serviços de saúde com implementação de programas de atenção à saúde dos homens entre os atendimentos oferecidos são fundamentais para proporcionar um ambiente de suporte adequado para homens em adoecimento crônico.

Homens que dedicam tempo para cuidados com a saúde e adotam mudanças nos comportamentos de risco têm maior controle sobre a gestão de sua saúde. Essas preferências incluem a prática de atividades físicas, redução do consumo de álcool e abandono do tabaco. Reconhecer a importância de um estilo de vida saudável, implementando estratégias para manejo do tempo e do estresse mostram uma maior propensão a alcançar melhores resultados de saúde.^{31,34} Desenvolver uma concepção positiva sobre o autocuidado são passos críticos para uma autogestão eficaz e que dependem exclusivamente do próprio homem que está em adoecimento crônico.

Desta forma se compromissar com um plano de ação a ser desenvolvido em busca de uma autogestão eficaz da saúde envolve a percepção da saúde como algo que deve ser gerido de forma autônoma, tornando-se fundamental para a promoção da saúde com homens que adotam hábitos saudáveis, aderem ao tratamento proposto e realizam consultas e exames regulares mostrando uma autogestão eficaz.^{18,33} Isso demonstra um alto nível de autoeficácia e responsabilidade pelo próprio bem-estar.

Diante do exposto este estudo fomenta para os profissionais de saúde a necessidade de desenvolverem estratégias individualizadas e integrais que promovam a autogestão eficaz da saúde em homens adultos em adoecimento crônico, envolvendo educação em saúde, suporte social e a adaptação dos serviços para melhor alcance e atendimento desta população. O uso de modelos

teóricos, como o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender,^{17,18,19} pode fornecer uma estrutura valiosa para essas intervenções.

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta limitações metodológicas, considerando que a busca na literatura científica consultada não envolveu um protocolo de revisão sistemática, ainda que previsto pelo modelo teórico empregado no estudo, o que pode ter limitado a capacidade de incorporação de literatura necessária a aplicação do modelo e/ou capacidade reduzida da equipe de pesquisa na seleção e inclusão da literatura.

Conclusão

O fenômeno da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico, submetido à estruturação teórica, empírica e conceitual, constituiu-se objeto do conhecimento e da prática de Enfermagem, por apresentar elementos que permeiam o cuidado e as respostas humanas vivenciadas pelo público masculino. A análise teórica possibilitou reconhecer as características, os comportamento específicos e resultados de comportamento e experiências individuais da Promoção da Saúde que explicam a ocorrência, os antecedentes, fatores pessoais, autopercepção da problemática, sentimentos, influências, exigências, preferências e compromissos promotores ou não da saúde em dada construção social das masculinidades.

O referencial do Modelo de Promoção da Saúde mostrou-se sensível ao fenômeno investigado, permitindo localizar conceitos e direcionamentos para a prática em Enfermagem, ampliando e fortalecendo o emprego de sistemas de linguagem padronizada e a definição do escopo da produção do cuidado.

Referências

¹FELICIANO, S. C. da C.; VILLELA, P. B.; OLIVEIRA, G. M. M. de. Associação entre a Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil entre 1980 e 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online], v. 120, n. 4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20211009>.

²MALTA, D. C. *et al.* Carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Países de Língua Portuguesa. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 28, n. 05, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11622022>.

- ³ONU. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/>> Acesso em: 04 dez. 2023.
- ⁴HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. (EDS.). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023. 12. ed. Nova Iorque, NY, USA: Thieme Medical, 2021.
- ⁵REIS DE SOUSA, A.; *et al.* Men's health care: concept analysis. *Investigación y Educación en Enfermería*, [S. l.], v. 41, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e14>.
- ⁶DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS 2023. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2023a. Disponível em: http://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=13031&filter=ths_termall&q=autocuidado. Acesso em: 05 nov. 2023.
- ⁷DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS 2023. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2023b. Disponível em: http://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=57332&filter=ths_termall&q=autogestão. Acesso em: 05 nov. 2023.
- ⁸FIGUEIREDO, C. Novo Dicionário da Língua Portuguesa, Lisboa: Livraria Editora Tavares Cardoso & Irmão, 1899.
- ⁹ALMEIDA, C. F. de. Invalidez, inexistência e ineficácia. *Católica Law Review*, Lisboa, Vol. 1, n. 2 (Maio 2017), p. 9-33. DOI: <https://doi.org/10.34632/catolicalawreview.2017.1980>.
- ¹⁰BARATA, R. B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso: 20 out. 2023.
- ¹¹BOTTON *et al.* Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25 (1), 67 - 72, Jan.-Jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72>.
- ¹²MEDRADO, B. *et al.* Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 26, n. 01, pp. 179-183, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>.
- ¹³NIRIAYO, Y.L., *et al.* Prevalence and predictors of poor self-care behaviors in patients with chronic heart failure. *Sci Rep* 14, 1984 (2024). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-52611-5>.
- ¹⁴AGUIAR, C.A.S. *et al.* Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva* (Barueri), v. 11, n. 64, p. 5604-5615, 2021. DOI: [10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615](https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615).
- ¹⁵BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28

de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

¹⁶CHEN, HH., *et al.* The effect of hospital-based health promotion on the health practices of full-time hospital nurses: a cross-sectional study. *Sci Rep* 13, 9763 (2023). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36873-z>.

¹⁷VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. de O.; XIMENES, L. B.. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem* [online], v. 18, n. 3, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>.

¹⁸PENDER N. J.; MURDAUGH C. L.; PARSONS M. A. *Health promotion in nursing practice*. 7. ed. Boston: Pearson; 2015.

¹⁹FAWCETT J. Empirical Indicators: Conceptual and Theoretical Origins. *Aquichan*, v. 21, n.4., 2021. DOI:<https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.4.4>

²⁰MARQUES, R.; GRAEFF, B. Análise Temática Reflexiva: interpretações e experiências em educação, sociologia, educação física e esporte. *MOTRICIDADES: Revista da Sociedade de Pesquisa Qualitativa em Motricidade Humana*, São Carlos, v. 6, n. 2, p. 115–130, 2022. DOI: 10.29181/2594-6463-2022-v6-n2-p115-130.

²¹CLARKE V., BENNETT EV. Constructing the moral body: self-care among older adults with multiple chronic conditions. *Health*, v. 17, n. 3, p. 211-28, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459312451181>.

²²SAKRAIDA T. J.; WILSON J. Nola J Pender: Health Promotion Model. In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A.M. *Modelos y teorías em enfermagem* . 7 ed. Elsevier, Barcelona, 2011, p 323 - 338.

²³SOUSA A. S. Masculinidade hegemônica: contingências relacionadas ao déficit de autocuidado à saúde em homens. *Revista Perspectivas*, vol 13, nº 02, pp. 207-218, 2022. Disponível em: <https://revistaperspectivas.emnuvens.com.br/perspectivas/article/view/920>. Acesso em: 05 mar. 2024.

²⁴JESUS SOUSA, T. *et al.* Aspectos da masculinidade como impeditivo do autocuidado na saúde do homem. *Saúde Coletiva* (Barueri), v. 11, n. 65, p. 6306–6323, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6306-6323>.

²⁵SOUSA A. R. *et al.* Sociohistorical analysis of normative standards of masculinity in the pandemic of COVID-19: Impacts on men’s health/mental health. *Frontiers in Psychol.*, v. 13, n. 775337, 2022. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.775337.

²⁶ADU, M. D., *et al.* Enablers and bar riers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. *PLOS ONE*, v. 14, n. 6, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0217771.

²⁷JÚNIOR, A.D., *et al.* Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Autogestão ineficaz da saúde” em pessoas que vivem com HIV . *Revista Internacional de Conhecimento em Enfermagem*,

v. 34, ed. 1, p. 13 – 20, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12367>.

²⁸GARCIA L. H. C.; CARDOSO N. de O.; BERNARDI C. M. C. do N.. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. *Rev. Psicol. Saúde* [Internet], v. 11, n. 3, p. 19-33, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i3.933>.

²⁹PINHEIRO, R. L., GUANAES, C. O conceito de rede social em saúde: pensando possibilidades para a prática na estratégia saúde da família. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 20, n. 40, p. 9–25, 2016. Disponível em: <https://revistanps.com.br/nps/article/view/80>. Acesso em: 20 mai. 2024.

³⁰MUHAMMAD Z. H. The male disadvantage in life expectancy: can we close the gender gap?, *International Health*, v. 13, n. 5, September 2021, p. 482–484. DOI: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihaa106>.

³¹FALCAO-LIMA, G. O.; SILVA-SANTOS, L. C.; FARO, A.. Influência de Fatores Psicológicos e Sociais nos Comportamentos Preventivos de Saúde dos Homens. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande*, v. 14, n. 4, p. 197-210, 2022. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i4.1862>.

³²COBO B., CRUZ C., DICK P.C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva* [Internet], v. 26, n. 9, p. 4021-32, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>.

³³MCGRAW, J., WHITE, K. M., RUSSELL-BENNETT, R. "Masculinity and men's health service use across four social generations: Findings from Australia's Ten to Men study." *SSM Popul Health*, v. 15, n. 100838, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100838>.

³⁴SOMMET, N., SPINI, D. Financial scarcity undermines health across the globe and the life course. *Social science & medicine*, v. 292, n. 114607, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114607>.

³⁵SMITH A.T., DUMAS A. Class-based masculinity, cardiovascular health and rehabilitation. *Sociol Health Illn.*, v. 41, n. 2, p. 303-324, 2019. DOI:10.1111/1467-9566.12827.

³⁶BALBINO, C. M., *et al.* The reasons that prevent men adherence to male health care programs *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p. 1-17, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4230>.

³⁷QUEIROZ, I. B. S. *et al.* Cuidados de Enfermagem na Promoção da Saúde Masculina: Uma Revisão Integrativa. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, v. 14, n. 52, p. 35-49, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i52.2666>.

³⁸ALVARENGA W. de A., *et al.* Interface trabalho-tratamento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal crônica: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm* [Internet], v. 36, 2023. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR02411>.

6.2 MANUSCRITO 02

Este estudo está direcionado a análise do adoecimento crônico como produtor de autogestão ineficaz da saúde de homens adultos. Empregou-se a Teoria da Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender para a interpretação dos achados. O manuscrito está estruturado seguindo normas da ABNT, a decisão de qual revista será submetida ocorrerá após avaliação e considerações da banca. Contudo, pretende-se submeter ao periódico *Investigación y Educación en Enfermería* - ISSN_e:2216-0280.

“Quando ter doença crônica e gerir a saúde é ineficaz para os homens adultos”: estudo baseado na Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender

Resumo

Objetivo: analisar a autogestão ineficaz da saúde por homens adultos convivendo com condições crônicas. **Métodos:** estudo qualitativo, ancorado no marco teórico-conceitual da autogestão ineficaz da saúde e da promoção da saúde, segundo a teoria de Nola Pender. A pesquisa foi conduzida em Salvador, Bahia, entre 2019 e 2020, com dois grupos de homens adultos (20-59 anos) que acessaram serviços de saúde formais e informais ou frequentavam espaços de convivência social. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, posteriormente analisadas com o auxílio do *software* NVIVO12, seguindo critérios do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). **Resultados:** os dados analisados foram apresentados em discursos-síntese, divididos em ideias-centrais, trazendo as expressões-chave, ancoragem e o Discurso do Sujeito Coletivo de cada ideia. Três discursos-síntese trazem a análise dos dados, dissertando sobre as características e experiências individuais dos homens em seus discursos coletivo, bem como a percepção dos benefícios e barreiras identificadas por eles no autocuidado e quais são os seus comportamentos que decorrem na autogestão ineficaz da saúde. Os homens discursaram que mesmo conscientes da importância do autocuidado, sofrem com imposições sociais, ausência de rede de apoio e barreiras financeiras, que interferem na implementação de comportamentos de promoção da saúde. É de fundamental importância o enfrentamento dos estereótipos culturais que persistem em vincular a masculinidade à invulnerabilidade, traçando ações a nível de prevenção e promoção à saúde direcionadas às especificidades e individualidades da saúde dos homens. **Conclusão:** a aplicabilidade do Modelo de Promoção da Saúde de Nola para melhor compreensão dos discursos coletivos trazidos por homens no contexto do adoecimento crônico, possibilita ao profissional de saúde a identificação dos fatores que dificultam a autogestão eficaz da sua saúde, como forma de embasar a elaboração e planejamento de ações direcionadas a promover comportamento de promoção à saúde dessa população.

Palavras-chave: Bases de Conhecimento; Teoria de Enfermagem; Gestão da Saúde; Saúde do Homem; Doença Crônica.

Introdução

No cenário global, mesmo diante de divergências culturais e diferenças socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, é notório a semelhança no cuidado da saúde por homens, seja na Europa, na Austrália, nos Estados Unidos ou no Brasil, como déficit na detecção precoce de problemas de saúde por buscas tardias aos serviços de saúde, prevalente comportamento de risco e hábitos de vida não saudáveis (European Commission, 2011; *New South Wales*, 2018; Garfield, Isacco, Rogers, 2008; Jesus Sousa *et al.*, 2021).

Na Europa mais da metade das mortes prematuras nos homens seriam evitadas com mudança nos hábitos de vida e dos comportamentos de saúde relacionados a tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física e má alimentação (European Commission, 2011). Já na Austrália entre 2014 e 2015 os homens tinha 10% menos chances de buscar por um atendimento médico que as mulheres, e um dado alarmante, as taxas de suicídio no ano de 2015 foi três vezes maior entre os homens (*New South Wales*, 2018).

O perfil epidemiológico da gestão do cuidado da própria saúde por esses homens se repete em diversos países e continentes, e com uma causa enraizada que perpassa por anos. Um estudo americano de 2008 e um brasileiro de 2021, com 13 anos de diferença, abordam a mesma causa: o estigma social estereotipado do ser homem, aquele que é forte, viril, e por isso não adocece e por consequência não precisa de cuidados, comportamentos embasados em crenças e valores de uma masculinidade definida a séculos nas mais diferentes sociedades, etnias, raças e povos, que reforçam desde cedo a esses homens a necessidade da independência, da ocultação da fraqueza e de suas emoções e que repercute em como esses homens enxergam a própria saúde e o gerenciamento do autocuidado (Garfield, Isacco, Rogers, 2008; Jesus Sousa *et al.*, 2021).

Outra revés no manejo da saúde desses homens é quando inserido no contexto do adoecimento crônico surge a necessidade de tratamentos contínuos, complexos e dispendiosos com a compra de insumos, que impactam na renda do indivíduo e de sua família, especialmente quando o paciente é o principal provedor, intensificado por redução e/ou perda da sua capacidade laboral (Oliveira *et al.*, 2021), desta forma os recursos financeiros limitados dificultam o acesso a serviços de saúde que interferem significativamente na forma como esses homens irão gerir a sua saúde de maneira eficaz (Sommet, Spini, 2022).

Definido como a competência do indivíduo em gerir de maneira ativa seus sintomas, tratamento e complicações frente a mudanças no estilo vida diante do adoecimento crônico a autogestão da saúde segundo a Taxonomia da NANDA-I, é considerada eficaz perante uma

compreensão do indivíduo sobre o seu processo saúde-doença seguindo comportamentos de promoção à saúde, e as orientações médica impactando positivamente na qualidade de vida e seu prognóstico, da mesma forma será considerada ineficaz quando incapaz de gerenciar a sua própria saúde apresentando progressão dos sinais e sintomas com avanços da doença (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021).

Nessa perspectiva, ao enfermeiro é crucial o entendimento desses conceitos, pois atuará frente a este público implementando ações direcionadas e preventivas, acrescentando a orientação e educação em saúde com propósito de engajar o indivíduo quanto a adoção de comportamentos favoráveis de saúde, que impactem positivamente no prognóstico da doença crônica não-transmissível (DCNT). O enfermeiro está presente em todos os níveis de atenção à saúde, sendo possível, assim, o acompanhamento do tratamento por meio das consultas e do processo de enfermagem. Esse profissional pode viabilizar a adesão do indivíduo e, por conseguinte, nos resultados como melhora da qualidade de vida e uma autogestão eficaz da sua saúde (Chen *et al.*, 2023).

O manejo das DCNT requer custos elevados, tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto para os indivíduos afetados, elas contabilizaram 70% dos óbitos em todo o mundo no ano de 2019, sendo que 45% desse quantitativo de mortes é motivado pelas doenças cardiovasculares (DCV), no Brasil esses números se aproximam equivalente a 72% e 30% respectivamente (GBD, 2019). No Brasil a prevalência de DCV é de 51% nos homens, com maiores taxas de mortalidades para os homens em comparação com as mulheres (Oliveira *et al.*, 2022).

Durante as atividades práticas do Enfermeiro, a aplicação das teorias de enfermagem possibilitam a oferta de assistência/atenção/cuidado integralizada às especificidades desse grupo de homens acometidos pelas DCNT. Trazendo definições de conceitos e orientações para o raciocínio clínico e tomada de decisões, o uso da teoria na prática poderá elucidar quanto às barreiras para uma autogestão eficaz, bem como direcionando intervenções e políticas em saúde em busca de melhor qualidade de vida e gestão de autocuidado desse público masculino.

O Modelo de Promoção da Saúde proposta pela teórica Nola Pender configura-se em explicar as influências que os indivíduos podem ter em comportamentos que promovam a saúde, sua estrutura é baseada em três eixos: as características e vivências singulares de cada um antecedentes a mudança, motivadas por fatores fisiológicos e psicossociais aos quais estão envolvidos; o comportamento específico, seu entendimento quanto às nuances de suas condutas, bem como os seus sentimentos sobre essas mudanças e as influências internas e externas dentro da

sua família e comunidade; e por fim o resultado planejado com base nas ações que serão implementadas para prover a saúde (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015). Esta estrutura permite que o(a) Enfermeiro(a) realize frente a este indivíduo uma avaliação holística e individualizada, para delineamento e implementação de um plano de cuidados e ações em busca do bem-estar e hábitos saudáveis para prevenção e melhor prognóstico do adoecimento crônico (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015).

Buscando assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 foi criado, e será essencial para o enfrentamento dos desafios referentes à saúde masculina. Os ODS foram desenvolvidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015 por meio de uma agenda global com 17 objetivos que buscavam superar grandes desafios globais atingindo até 2030 um equilíbrio social, econômico, ambiental e sustentável a nível global (ONU, 2015). O ODS 3 em especial possui metas de redução de mortalidade por algumas DCNTs, suicídio e acidentes de trânsito, bem como redução no consumo de substâncias, drogas, tabaco e álcool nocivos a saúde, (ONU, 2015), fatores já demonstrado em diversos estudos que potencializa as mortes prematuras nos homens (ONU, 2015; Falcão-Lima, Silva-Santos, Faro, 2022; Sommet & Spini, 2022, Malta *et al.*, 2023).

A nível nacional, metas também foram traçadas com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por DCNTs, bem como do seus fatores de risco e mortes violentas e por acidentes que afetam de forma desigual os homens, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis desenvolvido pelo Ministério da Saúde tem suas atuações voltadas aos eixos principais da promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção de doenças e agravos (Brasil, 2021b). Complementando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que reforça em seus 05 eixos a necessidade de abordagens específicas que considerem as particularidades socioculturais e biológicas masculinas, promovendo um cuidado integral e acessível (Brasil, 2021a).

Ambas iniciativas, nacionais e globais, só reforçam a importância da promoção da saúde, e ações de prevenção de agravos e doenças, bem como uma melhoria no acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva os profissionais de saúde, em especial o(a) Enfermeiro(a) possui um papel crucial com a implementação de ações que possam contribuir para o alcance das metas mencionadas e uma melhora na saúde e conseqüentemente na autogestão eficaz da saúde nos homens, por meio do letramento em saúde, e condutas que promovam a promoção da saúde e do autocuidado,

estimulando a autonomia e proporcionando todo o suporte físico, emocional e social a esses homens, garantindo por meio da sua atuação na prática a implementação efetiva da PNAISH.

Este estudo procura preencher uma lacuna no tocante da investigação da autogestão da saúde por homens adultos com doenças crônicas, que mesmo sendo de grande relevância é pouco explorada. Compreendendo como construções sociais da masculinidades, barreiras econômicas e culturais podem influenciar negativamente na forma como os homens gerenciam a sua própria saúde, fundamentado em teorias como o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e apreciando a relevância dos diagnósticos de enfermagem o estudo poderá contribuir tanto para a prática em enfermagem como para a criação e implementação de políticas de saúde que promovam o autocuidado e minimizem a desigualdades de saúde entre homens e mulheres, em especial dentro do contexto das DCNTs.

Este estudo foi guiado pela pergunta de pesquisa: Como os homens adultos gerenciam à saúde mediante ao acometimento de condições crônicas? O objetivo deste estudo é analisar a autogestão da saúde por homens adultos convivendo com condições crônicas.

Métodos

Estudo qualitativo, analítica, ancorado no marco teórico-conceitual da autogestão ineficaz da saúde (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021) e da promoção da saúde (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015). Os estudos qualitativos permitem a descobertas de processos sociais ainda pouco explorados em grupos específicos, contribuindo na elaboração de novas abordagens, além de permitir revisar e criar conceitos e categorias ao longo da investigação, aprimorando pesquisas em grupos ou de um determinado segmento, de narrativas sociais na perspectivas dos atores envolvidos e suas relações, analisando não apenas discursos mas também documentos (Minayo, 2014). Este estudo seguiu as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas individuais, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, entre os anos de 2019 - julho a dezembro e 2020 (pré-pandemia da Covid-19 - janeiro a março, sob a utilização dos ambientes analógicos (presencial) e virtual (*on-line*), para o acesso e aproximação junto aos participantes por uma enfermeira e um enfermeiro estudantes de mestrado, um enfermeiro estudante de doutorado, sob a supervisão de um doutor e duas doutoras, da área de enfermagem e saúde, com *expertise* na área do objeto de investigação e no método. Sendo este doutor um dos autores deste estudo.

A análise empírica dos achados na pesquisa foi materializada no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Discurso do Sujeito Coletivo é uma metodologia de sistematização e análise de dados qualitativos, com a formação de um discurso-síntese por meio de trechos de falas que partilham da mesma ideia. Esse método permite a exploração de ideias, representações, crenças e valores de um determinado assunto de uma população, de forma sistemática e padronizada, baseada na Teoria das Representações Sociais (Lefèvre, Lefèvre, 2003; Figueiredo, Chiari, Goulart, 2013).

A obtenção da amostragem teórica foi conferida a partir de grupos amostrais com participantes diferentes: homens adultos (entre 20 e 59 anos), cisgêneros e profissionais de saúde da rede de atenção recrutados nos serviços de saúde. Não foram incluídos: homens em contextos de situação prisional, instituições asilares, imigração e/ou refúgio, e de rua, além de populações tradicionais, a saber: indígenas, ribeirinhos, do campo/florestas e quilombolas, em razão das especificidades étnicas e culturais na dimensão do cuidado de si e da saúde.

A amostragem teórica foi constituída por 67 participantes, onde foram pesquisados dois grupos de participantes: Grupo 1. Homens que acessavam os serviços de saúde da rede municipal formal e informal (espaços terapêuticos de promoção das Práticas Integrativas e Complementares) e Grupo 2. Homens que se encontravam nos espaços de convivência social do município pesquisado.

Para o acesso ao Grupo 1: visitou-se os serviços de saúde na Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde, Atenção Secundária - serviço ambulatorial (endocrinologia, infectologia e urologia) e especializado e Atenção Especializada - serviço hospitalar (enfermarias clínica e cirúrgica, cardiológica e urológica). Além disso, foram visitados espaços para massoterapia, meditação, terapia tântrica e yoga.

Quanto ao Grupo 2: buscou-se investigar em espaços de socialização da população masculina, a saber: academias de musculação em espaços públicos (academia de rua) e privados; bares, ponto de encontros (rodas de homens jogadores de dominó, baralho); estádio de futebol; barbearias; cinema, teatro, festivais culturais tradicionais da cidade; ambientes de trabalho (repartições públicas, privadas e vendedores ambulantes e motoristas e entregadores por aplicativo); espaços espirituais/religiosos e terapêuticos (igrejas, centro espírita, terreiros de candomblé, grupos de convivência religiosa para homens); estações de transporte público (estação de ônibus e de metrô e rodoviária).

Foram acessados os ambientes virtuais dos aplicativos de relacionamento – *Grindr*® e *Scruff*®, usualmente conhecidos e utilizados por homens gays, bissexuais e transgênero. Além disso, as Redes Sociais Digitais *Facebook*® e *Instagram*®, a fim de ter acesso à iniciativas locais

voltadas às masculinidades e/ou à saúde dos homens, para captação de participantes (ex: grupos terapêuticos/de apoio e/ou de encontro de homens). O *Whatsapp*® foi utilizado como rede social para o estabelecimento de contato, agendamento das entrevistas com os participantes que aceitaram o convite de inserção na pesquisa, mediante a autorização desses.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na versão impressa foi disponibilizado para os participantes, obtendo a anuência deles. Embora tenha sido utilizado o ambiente virtual, nenhuma das entrevistas foi conduzida nesse espaço.

Foram realizadas entrevistas individuais, guiadas por um roteiro semiestruturado, as quais foram agendadas previamente, e ocorreram em parte, nos ambientes institucionais de saúde e outra em ambientes públicos, gravadas em áudio em material apropriado, com um tempo médio de sessenta minutos, transcritas na íntegra e submetidas a processo analítico - coleta e análise comparativa constante dos dados. A fim de garantir uniformização da produção de dados, foram realizadas capacitações e encontros consecutivos para alinhamento do grupo de pesquisadores.

O roteiro de entrevista contemplou questões relativas às características sociodemográficas, laborais e de saúde, e relacionadas a experiência do cuidado urológico, o qual foi validado internamente, por membros de grupo de pesquisa, e externamente junto a um grupo de 20 participantes (entrevistas-piloto). Houve aprimoramento do instrumento após a validação. A seguir, será apresentado os grupos amostrais, as características da sua composição, as questões e hipóteses de formulação dos grupos para fins de pesquisa.

Para a organização e sistematização dos dados foi utilizado o *software* NVIVO12, com a finalidade de auxiliar na etapa analítico-comparativa e na codificação aberta. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 11851619.2.0000.5531, e parecer nº: 3.313.517/2019, e seguiu as recomendações éticas, com base nas legislações brasileiras, em todas as etapas. Para efeito do anonimato neste artigo foi adotado uso de iniciais seguidos do número de ordem de entrevistas os homens (ex: H), profissionais de saúde (ex: P) e terapeutas/terapeutas holísticos (ex: T), a saber: H1, P1 e subsequente.

Resultados

Os achados foram estruturados a partir da descrição da caracterização dos participantes em relação ao fenômeno central investigado, subsidiado por dados empíricos sob a forma discursiva do agrupamento das informações do grupo de homens pesquisados.

Caracterização dos participantes

A amostragem foi constituída por 67 participantes, subdivididos em dois grupos amostrais. A seguir, será apresentada a caracterização dos participantes, por grupo amostral:

Homens adultos que se encontravam nos serviços de saúde:

Idade média de 55 anos, de raça/cor autoreferida preta, cisgêneros, heterossexuais, casados, com presença de filhos, com nível fundamental de escolaridade, adeptos à religião católica e candomblecista, residentes em casas próprias, em bairros periféricos da cidade. Utilizavam o transporte público para se locomover, encontravam-se em situação de trabalho informal, beneficiários de provimentos do governo (ex: auxílios, bolsa família) e renda salarial média de um salário e meio.

Quanto à autopercepção da saúde geral, referiram ser regular. Possuíam como doença crônica mais prevalente: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Alcoolismo, Doença Renal Crônica, Doença Falciforme, Doença Intestinal, a qual demandou a confecção de estoma intestinal, Doença Osteomuscular e Câncer de Próstata. Faziam uso de medicamentos de forma contínua. Faziam consumo moderado de álcool e tabaco. Utilizavam o Sistema Único de Saúde como forma exclusiva para acessar os serviços de saúde. Três participantes apresentavam deficiência física, sendo um deles cadeirante e um outro que sofreu amputação em um dos membros inferiores.

Homens adultos que se encontravam em espaços urbanos de socialização masculina:

Idade média de 40 anos, de raça/cor autoreferida preta, cisgêneros, heterossexuais, em união estável, com presença de filhos, com nível médio de escolaridade, não adeptos à religião, porém manifestantes de crenças espirituais. Utilizavam automóveis para se locomover, encontravam-se empregados, com carteira assinada e renda salarial média de três salários mínimos. Não possuíam deficiência.

Quanto à autopercepção da saúde geral, referiram ser boa. Possuíam como doença crônica mais prevalente: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Ansiedade e Depressão. Faziam uso de medicamentos de forma contínua. Faziam consumo moderado de álcool e tabaco e outras drogas como maconha e cocaína. Utilizavam o Sistema Único de Saúde e plano de saúde privado (suplementar) como forma exclusiva para acessar os serviços de saúde, recorrendo à espaços informais de saúde, a exemplo de espaços terapêuticos promotores das Práticas Integrativas e Complementares.

Análise empírica dos achados do fenômeno investigado

O fenômeno da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico investigado foi explicado pelos elementos constituídos pela promoção da saúde, a qual se configurou enquanto meio para a compreensão de como torná-la eficaz a partir da vivência masculina diante a cronicidade instalada do processo de enfermidades crônicas não transmissíveis. Tal análise empírica dos achados é apresentada em três discursos-sínteses, composto por suas expressões-chaves das informações acerca da experiência dos homens, as Ideias-Centrais que circundam a compreensão masculina sobre a autogestão da saúde face ao adoecimento crônico, as ancoragens, que indicam em que os homens de baseiam para perceber e gerenciar a sua própria saúde nos processos de surgimento da doença crônica, materializado no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

DISCURSO-SÍNTESE: 01 - RECONHECIMENTO DAS CARACTERÍSTICAS E EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS DA AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE DOS HOMENS

Este Discurso-Síntese apresenta achados de como ocorre o reconhecimento das características e experiências individuais masculinas acerca da autogestão da saúde, tornando-a ineficaz. São destacados os comportamentos anteriores de saúde adotados pelos homens, que refletem uma trajetória sociocultural temporal de construção de masculinidade não associada ao cuidado autônomo da própria saúde, assim como os fatores pessoais de implicam em um processo de autogestão ineficaz da saúde por parte dos homens investigados:

Expressões-Chave: [...] *atenção*; [...] *comportamento do meu corpo*; [...] *saber*; [...] *perceber*; [...] *estava bem*; [...] *sentir*; [...] *pequenos detalhes*; [...] *sinais*; [...] *condição de saúde*; [...] *não conseguir escapar*; [...] *me enganei*; [...] *trabalho em primeiro lugar*; [...] *até o limite*; [...] *não dava atenção à alimentação*; [...] *não praticava atividade física*; [...] *pais e avós tiveram alcoolismo, hipertensão, diabetes, câncer e problemas no coração*; [...] *são detalhes específicos da vida*; [...] *foi piorando*; [...] *evoluindo*; [...] *doença crônica*.

Ideia-Central A: “Os comportamentos anteriores e os fatores pessoais recaem na autogestão ineficaz da saúde masculina”

Ancoragem: A construção socialmente referenciada em padrões normativos e tradicionais de incorrem na maneira como os homens adultos auto percebem a saúde, distanciando da promoção da saúde, inclusive, ao vivenciarem o adoecimento crônico, que por vez, torna-se um complicação da

autogestão eficaz da condição de saúde, em razão do atravessamento dos fatores socioculturais, biológicos e psicológicos existentes na experiência masculina da saúde-doença.

DSC: [...] *eu não dava atenção ao comportamento do meu corpo e por isso não tive condições de perceber que eu não estava bem, que estava aparecendo a doença. Colocava o trabalho em primeiro lugar pois pensava que se eu ficasse parado iria acabar adoecendo, mas foi o contrário, adoeci por trabalhar demais, uma vez que eu ia até o meu limite. Era muita cobrança e pressão no trabalho. O meu chefe exigia demais [...] não me preocupava com a alimentação, não praticava atividade física, assim como a minha família. Os meus pais e avós também tiveram alcoolismo, hipertensão, diabetes, câncer e problemas no coração. Se a minha mãe tivesse realizado exames como a mamografia, teria identificado o câncer mais cedo, mas ela não fez o cuidado preventivo. Eu só buscava o médico ou quem pudesse me ajudar quando tinha um mal-estar. [...] Às vezes são pequenos detalhes, sinais, que eu sentia mas achava que não estava doente, que poderia seguir com as atividades diárias sem me preocupar com a saúde, pois era assim que os outros homens da minha comunidade faziam, não se preocupavam nem cuidavam da saúde, mas me enganei e não tive condições de escapar dessa situação. A coisa foi piorando, evoluindo e hoje convivo com uma doença crônica [...] são aspectos específicos da sua vida que se não forem observados vai provocando o adoecimento, a exemplo dos relacionamentos que você estabelece ou que estabelecem com você, seja na vida pública ou na privada.* (DSC de homens adultos)

DISCURSO-SÍNTESE 02: ADENTRANDO AOS COMPORTAMENTOS QUE PERMEIAM A AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE DOS HOMENS

Ao apreender o Discurso-Síntese das características e experiências individuais dos homens em relação à autogestão da saúde no contexto do adoecimento crônico, derivou-se o Discurso-Síntese 02, que possibilitou adentrar aos comportamentos que ainda se mostravam presentes na vivência masculina em relação a problemática da autogestão ineficaz da saúde. Diante disso, os resultados apontaram para a autopercepção dos homens em relação aos benefícios, as barreiras e os mecanismos de autoeficácia para que haja uma ação de promoção da saúde por parte destes. Além disso, foi possível revelar os sentimentos deflagrados em relação aos comportamentos e as influências pessoais e demais influências que produzem impactos em direção à uma eficácia no gerenciamento da condição/situação de saúde por parte dos homens em adoecimento crônico.

A seguir, apresenta-se a estruturação do DSC acerca da autopercepção masculina acerca da autogestão para a promoção da saúde:

Expressões-Chave: [...] *autocuidado é muito importante; [...] se manter saudável; [...] preciso me cuidar; [...] estar bem; [...] convivendo com a doença; [...] vai estar comigo a vida toda; [...] busco me cuidar; [...] só tenho a ganhar; [...] evitando complicações geradas pela doença; [...] hospitalização; [...] consumo de medicamentos; [...] dificuldades; [...] vida positiva; [...] maior qualidade de vida; [...] luta diária; [...] difícil conviver com a doença; [...] estar atento a todo*

tempo; [...] evitando qualquer descuido; [...] custos com medicamentos; [...] consultas médicas; [...] tratamento; [...] exames; [...] transporte para me deslocar até os serviços de saúde; [...] vagas disponíveis com os profissionais de saúde; [...] sigo as orientações dos profissionais de saúde; [...] recebo apoio da família; [...] filhos me vigiando, perguntando; [...] atendimento demorado; [...] perco um dia inteiro para ser atendido; [...] sistema de saúde burocrático; [...] quando eu agravo; [...] Unidade de Pronto Atendimento; [...] experiências terríveis; [...] mal atendido; [...] não compreendem a minha condição crônica de saúde; [...] serviço de emergência; [...] alguns profissionais pensam que estou exagerando.

Ideia-Central A: A percepção dos benefícios, barreiras e autoeficácia para a ação de promoção da saúde.

Ancoragem: Os benefícios percebidos em torno da autogestão da saúde está centrado no autocuidado como sendo o impulsionador para a supressão dos impactos causados pela doença crônica. Ainda que existam barreiras, os homens persistem, desenvolvendo mecanismos que os possibilitem promover a saúde de maneira eficaz, diante das possibilidades encontradas por eles.

DSC: *[...] O autocuidado é muito importante para se manter saudável. Eu preciso me cuidar para estar bem. Convivendo com uma doença que vai estar comigo pra vida toda eu percebo o quão é importante. Hoje em dia eu busco me cuidar pois sei que só tenho a ganhar, evitando que eu tenha complicações geradas pela doença, hospitalização, maior consumo de medicamentos e dificuldades para levar uma vida positiva, com maior qualidade [...] é uma luta diária pois não é fácil conviver com uma doença, eu tenho que estar atento a todo o tempo, evitando qualquer descuido. Além disso, tenho dificuldades para arcar com os custos com medicamentos, consultas médicas, tratamento, exames, transporte para me deslocar até os serviços de saúde, problemas para encontrar vagas disponíveis com os profissionais que me acompanham. Além disso, tem o fato de que o atendimento é muito demorado, perco um dia inteiro pra poder ser atendido, o sistema de saúde ainda é muito burocrático. Quando eu agravo e necessito ir para uma Unidade de Pronto Atendimento, tenho experiências horríveis, sou mal atendido e não compreendem a minha condição de saúde que é crônica e por isso tenho que ir tantas vezes ao serviço de emergência, mas alguns profissionais pensam que estou exagerando. Com tudo isso eu ainda assim eu tento, mesmo sendo difícil não é impossível, eu busco me cuidar, sigo as orientações que são dadas pelos profissionais de saúde, recebo o apoio da minha família, principalmente, dos meus filhos, que estão sempre me vigiando, perguntando se eu estou bem, se estou me cuidando, se estou indo para as consultas, fazendo o uso correto dos medicamentos. (DSC de homens adultos)*

Os sentimentos externalizados pelos homens em vivência de adoecimento crônico em relação aos comportamentos, às influências pessoais e demais influências na autogestão da saúde com fins na promoção da saúde é apresentado a seguir:

Expressões-Chave: [...] não tive um convívio social saudável; [...] contribuí para adquirir doenças; [...] adoecido; [...] sem recuperar a saúde que tinha antes; [...] afastar do convívio social; [...] romper com amigos; [...] ; [...] me influenciam a não cuidar da saúde; [...] não foi fácil; [...] afetou o meu psicológico; [...] gerando solidão; [...] deixando descuidado com a vida e com a minha própria saúde; [...] me impedindo de seguir em frente; [...] me desanimando até mesmo de viver; [...] nem tudo foi ruim; [...] meu pai me trazia informações sobre as doenças; [...] febre amarela e o sarampo; [...] tenho uma boa impressão sobre a vacina; [...] eu me vacino; [...] cartão vacinal está adequado; [...] importante influência para eu compreender que posso pegar doença e transmiti-la; [...] a dificuldade maior foi compreender as nossas que não se transmitem; [...] por não apresentarem tantos sinais, sejam mais difíceis de serem controladas e cuidadas logo cedo; [...] valorizo a troca de cuidado, afeto, preocupação; [...] filhos e netos; [...] segurança; [...] alegria de viver; [...] comunhão em estar todos juntos; [...] mudar meu estilo de vida; [...] novos amigos; [...] academia de musculação; [...] professores de educação física; [...] yoga; [...] futebol; [...] ciclismo; [...] acesso à conversas sobre saúde mental; [...] me ajudado a lidar melhor com a doença crônica.

Ideia-Central B: “Os sentimentos em relação aos comportamentos, influências pessoais e demais influências que impactam na autogestão eficaz da saúde”

Ancoragem: Os sentimentos em relação aos comportamentos assumidos pelos homens em relação a sua saúde estão associados ao fato de não terem tido uma socialização que despertasse para a possibilidade do adoecimento, especialmente do adoecimento crônico, cuja memórias vêm de outros homens do ciclo social - amigos e pais, levando-os ao comprometimento do bem-estar psicológico por se sentirem só após experienciar o acometimento da doença e os seus encargos.

DSC: [...] eu não tive um convívio social saudável e sei que isso foi quem contribuiu para que eu adquirisse essas doenças. Após eu ter adoecido e ficado sem recuperar a saúde que eu tinha antes, tive que me afastar do meu ciclo social, romper com amigos, já que eles me influenciam a não cuidar da saúde, mas não foi fácil, afetou o meu psicológico, me gerando solidão. Essas influências que tive acabaram me deixando descuidado, com a minha vida e com a minha própria saúde, me impedindo de seguir em frente, me desanimando até mesmo de viver [...] mas nem tudo foi ruim, mesmo sem ter tido oportunidade de estudar o meu pai me trazia informações sobre as doenças. Ele me contava histórias sobre a febre amarela e o sarampo, as quais matavam muitas pessoas, tanto que hoje eu tenho uma boa impressão sobre a vacina, elas são boas e eu me vacino e o meu cartão vacinal está adequado. Essa foi uma importante influência para eu compreender que posso pegar doença e transmiti-la para outra pessoa, mas a dificuldade maior foi compreender as nossas que não se transmitem, que são adquiridas, como as que eu tenho. Acredito que por não apresentarem tantos sinais, sejam mais difíceis de serem controladas e cuidadas logo cedo, como no meu caso [...] hoje em dia valorizo a troca de cuidado, afeto, preocupação, a exemplo da preocupação que os meus filhos e netos têm por mim, me oferecendo segurança, alegria de viver e comunhão em estar todos juntos. Ao mudar o meu estilo de vida fui fazendo novos amigos, como os da academia de musculação, os professores de educação física, a turma do yoga, do futebol e do ciclismo, onde tive acesso à conversas sobre saúde mental, o que tem me ajudado a lidar melhor com a doença crônica. (DSC de homens adultos)

DISCURSO-SÍNTESE 03: OS RESULTADOS DOS COMPORTAMENTOS E AS EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS MASCULINAS QUE DESFECHAM EM INEFICÁCIA

Os resultados dos comportamentos e as experiências individuais dos homens que resultaram em desfechos de ineficácia da autogestão da saúde a partir da cronicidade da doença, derivou o Discurso-Síntese 03, que expressa o aparecimento de exigências imediatas e as preferências dos homens ao gerirem a sua própria saúde. Apreendeu-se ainda os compromissos assumidos e/ou tentados por estes, na formulação de “planos de ação” de autogestão da saúde, tal como o desempenho de comportamentos promotores da própria saúde.

O DSC relativo às exigências e as preferências apresentadas pelos homens para gerirem a sua saúde mediante a cronicidade da doença é explicitada abaixo:

Expressões-Chave: [...] *valorizar o cuidado; [...] controle da doença; [...] a vida como um todo; [...] convívio social; [...] ter pessoas por perto com quem contar; [...] novos relacionamentos; [...] vacinas; [...] boa imunidade; [...] exame; [...] análise da situação de saúde; [...] poder saber o que preciso; [...] melhorar em algo; [...] sempre foi assim; [...] tinha tempo mas não dedicava; [...] consultas; [...] profissional de saúde; [...] me tornar mais cuidadoso; [...] exigente comigo mesmo e com a minha saúde; [...] depois que fiquei doente; [...] médico; [...] identifiquei o problema.*

Ideia-Central A: “As exigências imediatas e as preferências da autogestão da saúde masculina”

Ancoragem: As exigências tomadas como imediatas e as preferências dos homens para estabelecerem a autogestão da saúde emergiram após a necessidade de controlar o curso e a progressão da doença, baseada em práticas de cuidado redutoras de danos e/ou impactos à saúde físico e psicossocial, permeada pela noção de que tais práticas só ocorrem após terem adoecido.

DSC: [...] *tento valorizar não só o cuidado com o controle da doença, mas da minha vida como um todo, do meu convívio social, buscando ter pessoas por perto com quem contar, estabelecer novos relacionamentos, pois quando se tem uma doença crônica a tendência é ficar mais isolado. Tomo as vacinas para me manter com boa imunidade, realizo exames para fazer uma análise da minha situação de saúde e poder saber se preciso melhorar em algo. Mas isso não foi sempre assim, antes eu tinha tempo disponível mas não dedicava para me consultar com um profissional de saúde. Passei a me tornar mais cuidadoso e até mesmo exigente comigo mesmo e com a minha saúde depois que fiquei doente, pois foi justamente quando precisei realizar alguns exames solicitados pelo médico que eu identifiquei que estava com problema.* (DSC de homens adultos)

Expressões-Chave: [...] *cuido da minha saúde de várias formas; [...] priorizando o trabalho; [...] comprar os remédios; [...] controlar a doença ; [...] ter recursos financeiros; [...] lazer; [...] tentando reduzir a sobrecarga; [...] trabalhando menos horas do que antes; [...] tentando encontrar flexibilidade; [...] saindo com maior frequência com os amigos e a família; [...] estudar e*

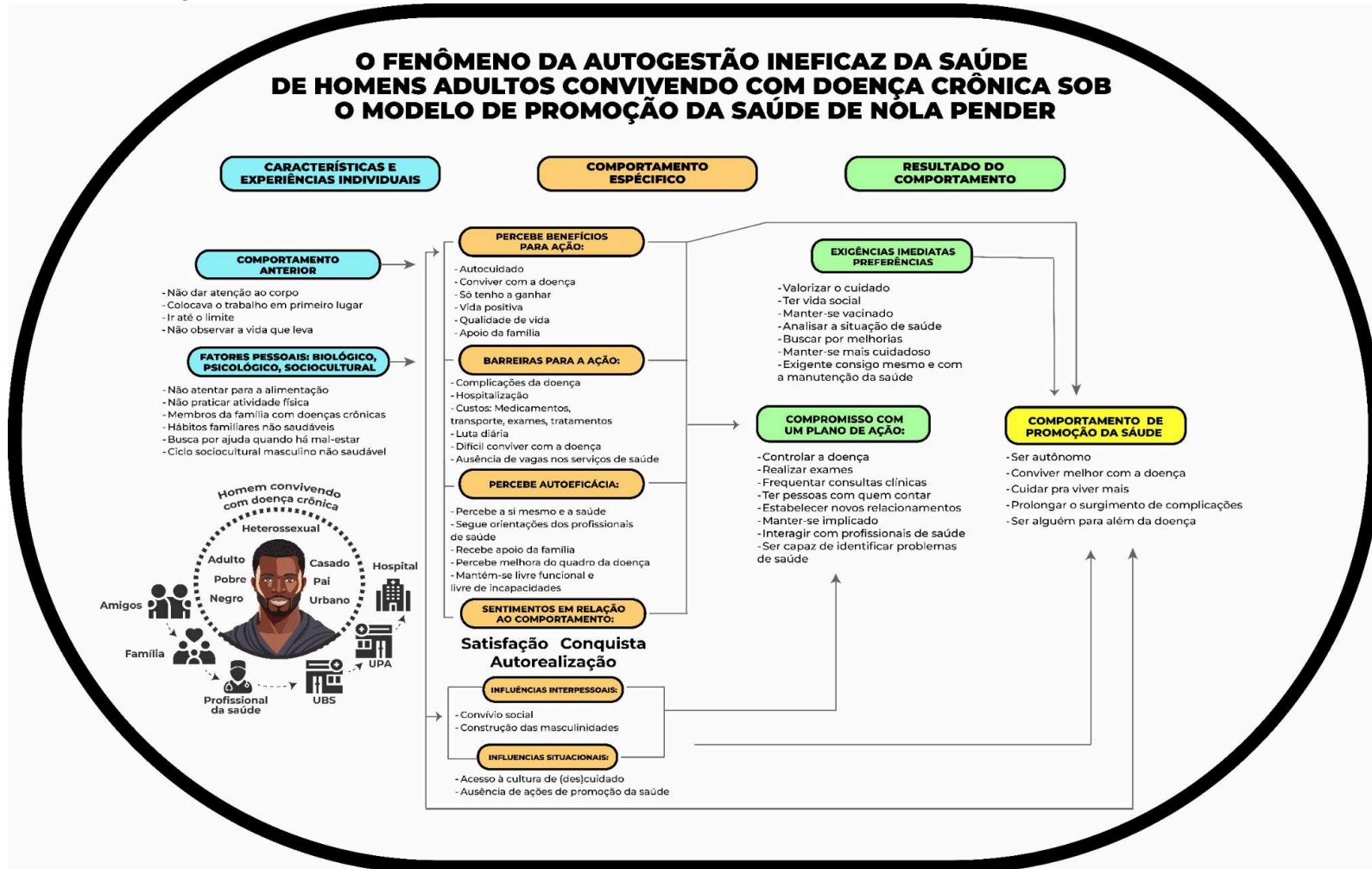
buscar por informação sobre a doença; [...] minha nova condição de saúde; [...] Unidade de Saúde da Família do meu bairro; [...] planejamento para cuidar da minha saúde; [...] nutricionista; [...] plano de saúde; [...] preciso economizar; [...] tento arrecadar uma renda extra; [...] vou precisar investir melhor em mim mesmo; [...] sobreviver com mais qualidade; [...] busco por amigos que são da área da saúde; [...] para não ter que pagar pela consulta; [...] consultar com uma astróloga; [...] preciso economizar; [...] preciso economizar.

Ideia-Central B: Os compromissos assumidos pelos homens na formulação de planos de ação e no desempenho de comportamentos de promoção da saúde.

Ancoragem: Os compromissos assumidos para a formulação de planos de ação e a adoção de comportamentos de promoção de saúde se baseiam em práticas de cuidado diversificadas não centradas não apenas nas medidas de controle da doença, mas na promoção do bem-estar social, por meio do estabelecimento de estratégias para diminuição e enfrentamento das adversidades encontradas pelos homens.

DSC: *[...] eu cuido da minha saúde de várias formas, priorizando o trabalho, pois sem ele eu não vou poder comprar os remédios que necessito usar para controlar a doença e ter recursos financeiros para o lazer, mas tentando reduzir a sobrecarga, trabalhando menos horas do que antes, tentando encontrar flexibilidade e equilíbrio para ter qualidade de vida. Passei a destinar mais tempo disponível para o lazer, saindo com maior frequência com os amigos e a família, estudar e buscar informações sobre a doença e a minha nova condição de saúde. Frequento a Unidade de Saúde da Família do meu bairro [...] eu tento estabelecer um planejamento para cuidar da minha saúde, pois sem isso como eu vou conseguir ir ao nutricionista? Se eu não tiver um plano de saúde vai ficar mais difícil. Então eu preciso economizar. Pra isso eu tento arrecadar uma renda extra, pois sei que com a doença crônica eu vou precisar investir melhor em mim mesmo, pra sobreviver com mais qualidade. Além disso, busco por amigos que são da área da saúde para não ter que pagar pela consulta, além de me consultar com uma astróloga. (DSC de homens adultos)*

Figura 3 – O fenômeno da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos convivendo com doença crônica sob o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.



Fonte: Elaboração Própria, 2024 (adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh, Parsons, 2015).

Discussão

Este estudo buscou investigar a autogestão ineficaz da saúde por homens adultos convivendo com condições crônicas, evidenciando como o adoecimento crônico constituiu-se um desafio para a promoção da saúde pelo público masculino enfermo.

O homem é um ser social e seu enfrentamento quanto ao processo saúde-adoecimento sofre influências do meio em que está inserido, a sociedade perpassa ao longo dos anos mantendo padrões culturais e normativos imersos em um conceito de uma masculinidade fortalecida, autossuficiente, viril e invulnerável, que afasta os homens de condutas e comportamentos de promoção e prevenção a saúde (Sousa, 2022; Sousa *et al.*, 2022; Jesus Sousa *et al.*, 2021). Estes homens evitam os serviços de saúde, retardando avaliações diagnósticas e consequentemente o início de terapias e tratamentos, aumentando os casos de morbidade e mortalidade das DCNTs (Sousa, 2022; Sousa *et al.*, 2022; Jesus Sousa *et al.*, 2021; Cobo, Cruz, Dick, 2021; McGraw, White, Russell-Bennett, 2021). Para que esse ciclo vicioso de masculinidade hegemônica predominante seja rompido, e que este homem consiga ter autonomia e auto gerencie a sua própria saúde é necessário que a dinâmica social em que vive molde seus comportamentos e atitudes, influenciando mudanças no estilo de vida, práticas preventivas de autocuidado, manejo adequado do adoecimento crônico, e modificações em hábitos de risco.

Além dos padrões culturais que implicam diretamente em uma autogestão ineficaz da saúde, a pressão imposta pelo papel de provedor da família e/ou intensificado por vezes em demasia valorização ou estigma a posição ocupada no seu setor de trabalho (Garcia, Cardoso, Bernardi, 2019), onde consideram que ausências ou até mesmo folgas justificadas por problemas de saúde podem prejudicar ou abalar sua posição no serviços retardam a busca pelos serviços de saúde. Outras barreiras a uma autogestão eficaz são os Determinantes Sociais em Saúde (DSS), como o nível de escolaridade que interfere no entendimento e também nos conhecimentos adquiridos para adesão adequada ao tratamento (Adu *et al.*, 2019; Júnior *et al.*, 2023) e a renda que por vezes pode limitar padrões alimentares e dificultar a aquisição de insumos e realização de procedimentos/tratamentos necessários em situação de adoecimento crônico (Garcia, Cardoso, Bernardi, 2019).

A vulnerabilidade do sistema com ausência de profissionais de saúde preparados para um acolhimento e escuta qualificada, que oferte na Atenção Primária à saúde serviços e programas voltados às especificidades e individualidades dos homens induz essa população a ignorar sintomas,

negligenciar ações preventivas e adiar avaliações pela fragilidade de construção de vínculo com a equipe, agravando uma autogestão ineficaz da sua saúde (Queiroz *et al.*, 2020; Balbino *et al.*, 2020).

Avaliando todos esses fatores, Nola aborda em seu Modelo de Promoção da Saúde como o profissional de saúde, e principalmente o Enfermeiro tem a tarefa de prover e incentivar o autocuidados desses homens, visto como um indivíduo capaz e autônomo nas tomadas de decisões e mudanças de comportamentos (Sakraida, Wilson, 2011; Pender, Murdaugh, Parsons, 2015). Ao profissional que atuará na mudança do comportamento atual, no caso, a autogestão ineficaz da saúde, compete identificar em parceria com esse homem em adoecimento crônico o comportamento necessário à mudança, quais fatores pessoais influenciam nesse comportamento, ajudá-lo a enxergar os benefícios para a mudança e também quais barreiras podem ser encontradas, compreender se este homem enxerga autoeficácia para essa ação, seus sentimentos em relação ao novo comportamento a ser adotado, bem como influências pessoais e situacionais de acordo com a realidade em que ele vive (Sakraida, Wilson, 2011; Pender, Murdaugh, Parsons, 2015). Firmando um compromisso para a(s) conduta(s) a ser implementada é necessário categorizar as práticas que esse homem tem total auto controle para alterar e as que têm influências externas e que é de pouco domínio e então se chegará ao comportamento de promoção da saúde desejado (Sakraida, Wilson, 2011; Pender, Murdaugh, Parsons, 2015).

Os elementos encontrados nas expressões-chaves que permeiam o discurso coletivo dos homens adultos com doenças crônicas acerca dos fatores antecedentes relacionados ao comportamento de saúde indicam a vigilância, a localização do corpo-físico, a necessidade de se conhecer mais e melhor, a fim de que seja possível perceber quando a “saúde não vai bem”, atentando para os sinais, ainda que pequenos e/ou sutis, que por sua vez, pode trazer impactos para o corpo-psíquico/emocional e social. Além disso, demonstra a noção de progressividade/prolongamento, duração, evolução, tendo a noção de que não houveram mais possibilidades de se manterem distantes do acometimento da doença, na medida em que foi referido “não conseguir escapar”.

Ao considerar o fato de que há uma séria histórica de estudos científicos evidenciando a manutenção de padrões de comportamento masculinos que condicionam e/ou predis põem ao adoecimento crônico, urge a necessidade de enfrentar tal problemática, lidando como um fenômeno de impacto para a saúde pública global. Além disso, desponta para a necessidade de questionar o imaginário social que fortalece uma ideia fixa de que ser homem está predestinado a adoecer cronicamente, apresentar complicações no estado de saúde e ter a expectativa e a qualidade de vida

comprometida, especialmente, a partir da fase adulta. Tal questionamento deve ser revertido em mudança de consciência, transformação de atitudes e práticas, inclusive, entre os profissionais e gestores em saúde, governantes públicos e formuladores de políticas públicas, em direção à uma cultura de promoção da saúde possível para os homens.

Os achados encontrados também apontam para a existência de influências prejudiciais para a tomada de decisão autônoma dos homens para tornarem-se o centro da sua autonomia para gerenciar a saúde, mas não de maneira isolada, integrada a rede socioafetiva, ao território, aos profissionais e os dispositivos/aparelhos formais, informações tradicionais de promoção da saúde e do autocuidado sob o prisma das especificidades, singularidades e necessidades de saúde masculinas.

Em relação ao adentramento aos comportamentos que permeiam a autogestão da saúde dos homens, a ineficácia emergiu a partir da explicitação das características individuais masculinas quanto a noção e a prática de gerenciamento do cuidado de si e da saúde mediante a vivência da cronicidade em saúde. Tais achados revelam que os homens quando estimulados dão conta de identificar quais são os fatores, as barreiras e dificuldades para entrar em cena no protagonismo do seu próprio cuidado, assim como os benefícios existentes em assumir uma postura ou estilo de vida cuidadoso. Embora esse tenha sido o resultado encontrado, outros estudos vêm demonstrando a resistência dos homens em olhar para si, reconhecer as fragilidades, vulnerabilidades, uma vez que as normas rígidas de gênero contribuem para o embotamento afetivo, dificuldade em expressar as circunstâncias distanciam de circuitos de cuidado com a saúde ou até mesmo a reconhecerem que adotam comportamentos de saúde propenso a riscos.

Torna-se imprescindível reconhecer os mecanismos da autoeficácia, a fim de compreender como os homens adultos, especialmente, ao vivenciarem o adoecimento crônico, percebem a si mesmo e a sua saúde (autopercepção da saúde), conhecem as suas capacidades para exercer/desempenhar determinadas ações/atividades ao seu favor. Além disso, quais são as crenças dos homens em relação à saúde, à doença e ao cuidado, contribuindo para o estabelecimento de estratégias, condutas terapêuticas, manejo clínico, educação e Letramento em Saúde mais eficazes a respeito da capacidade de produção/reprodução de níveis de desempenho influentes sobre os fatos que afetam a vida, tal como o aparecimento das doenças crônicas como afirma Bandura (1989; 2008) em torno da Teoria Social Cognitiva e da Autoeficácia.

Ainda como relação à autoeficácia, faz-se necessário articular tais mecanismos como a possibilidade de obtenção de êxitos na autogestão eficaz da saúde, mediante a noção de promoção

da saúde. Autoeficácia é a convicção pessoal quanto a aptidão para executar uma ação, Pender, Murdaugh e Parsons (2015) aborda a autoeficácia como base para a mudança de comportamento, seu mais importante preditivo, dentro das experiências e expectativas individuais, quanto maior for a percepção de eficácia de uma determinada conduta, maiores são os esforços empreendido pelo indivíduo nas ações e mais positivos são os resultados alcançados para a promoção da saúde.

Os sentimentos externalizados pelos homens também merecem destaque neste estudo, ao considerar que há influência significativa para que a população masculina assuma comportamentos de evitação e expressam menos quais são as dificuldades, barreiras e impeditivos para a autogestão da saúde em direção à uma ação de promoção da saúde, tanto individual, quanto coletiva. O DSC revelou ênfase à relação com o convênio social com os amigos como gerador de “descuidado” e que ao romperem com tal relação há prejuízos psicoemocionais como o sentimento de solidão, isolamento, todavia, valorizaram o autocuidado enquanto fenômeno contributivo para a promoção eficaz da saúde.

Os sentimentos são respostas cognitivas armazenadas na memória como reação a estímulos proporcionados pelo comportamento executado, esses sentimentos podem ser antes, durante ou após o comportamento, e o resultado positivo ou negativo desse sentimento irá refletir diretamente se esse indivíduo repetirá o comportamento de promoção da saúde (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015).

O autocuidado tem se mostrado um importante impulsionador para a auto reflexão masculina e a melhoria do comportamento promotor da saúde da população, inclusive entre o público masculino, ainda que haja *déficits*, como evidenciado em estudo com homens idosos na pandemia da Covid-19 (Muniz *et al.*, 2022). Houve preocupação dos homens pesquisados com os possíveis impactos provocados pela doença crônica - hospitalização, elevação dos custos, uso excessivo de medicamentos, reconhecendo que autocuidando-se é possível diminuir tais impactos. Neste sentido uma recomendação necessária é a de requerer ao conhecimento de outras Teorias de Enfermagem que possam melhor explicar os fenômenos da prática/disciplina de Enfermagem, cooperando com o raciocínio clínico/diagnóstico, o pensamento crítico e a tomada de decisão assertiva, acolhedora, resolutiva e abrangente por parte dos profissionais de saúde, inspirando também os demais profissionais da área da saúde, a exemplo da Teoria do Autocuidado de Orem (Orem, 1995; Vitor, Lopes, Araujo, 2010).

O autocuidado envolve as ações primárias à saúde, assumindo responsabilidade para se alcançar o bem estar físico, mental e social, por meio do empoderamento e autonomia, na

perspectiva da promoção da saúde são as ações realizadas de forma individual, em família ou coletividade com o propósito de se atingir o nível mais alto de saúde e bem estar, sendo essencial para as ações de prevenção (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015). O autocuidado difere de autogestão, está é habilidade do indivíduo de identificar e gerenciar sinais e sintomas, terapia e tratamento, bem como as complicações e sequelas físicas e psicossociais resultados do adoecimento crônico, adaptando na sua vivência os hábitos saudáveis com a doença crônica (Pender, Murdaugh, Parsons, 2015).

Ao tomarem consciência de que necessitam gerenciar a sua própria saúde, o DSC evidenciou a adoção de exigências e preferências para que tal autogestão da saúde ocorra, tornando-a eficaz, as quais perpassam por estabelecimento de práticas de maior monitoramento, checagem, controle da doença e do incremento de práticas de cuidados gerais da saúde. Diante disso, é importante ampliar e aprimorar as ações de educação em saúde para com o processo de saúde-doença e da cronicidade. A literatura tem demonstrado que os homens frequentemente associam os programas tradicionais de saúde, especialmente, aqueles baseados em grupos focados em temáticas como nutrição e atividade física como sendo destinados para as mulheres e não para eles, o que os distanciam da promoção da saúde, gerando barreiras no acesso e na participação dos homens à estratégias terapêuticas de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (Gavarkovs *et al.*, 2016). Logo, é necessário atuar para reduzir rótulos e estereótipos relacionados ao cuidado da saúde e aos serviços de saúde por meio de ações de incentivo e motivação da população masculina, assim como o estabelecimento de programas de saúde próprios para o público masculino, o que poderá cooperar com o processo de trabalho em Enfermagem na implementação de políticas públicas nessa área (Sousa *et al.*, 2021).

É relevante reforçar as características definidoras das doenças crônicas e dos seus agravos associados, a fim de que os homens diminuam o conhecimento deficiente, melhore o grau de Letramento em Saúde e apresentem disposição melhorada para o autocuidado, a promoção da saúde, assim como a adesão à terapêutica. Tais aspectos foram encontrados em estudo que avaliou o conteúdo diagnóstico de conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, que aponta para a urgência e facilitar e melhor o julgamento clínico, com maior precisão e o estabelecimento de um plano terapêutico direcionado aos pacientes por parte do enfermeiro, especialmente, diante dos fatores etiológicos modificáveis por esses profissionais (Silva *et al.*, 2023).

Uma revisão de escopo publicada identificou que quando incorporado à prática profissional em saúde, o Letramento em Saúde contribuiu com a melhoria da autogestão da saúde em pacientes com doenças crônicas nos serviços de saúde. Os estudos mapeados por esta revisão apontaram para um enfoque centrado nas demandas específicas apresentadas pelos indivíduos e ao papel de atuação dos enfermeiros em saúde comunitária, os quais ainda carecem de maior profundidade na sua relação (Nock *et al.*, 2023). Já com relação à adesão à terapêutica, um estudo realizado também no Brasil verificou baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas pela população acometida investigada. Tal problemática foi mais prevalente em adultos jovens, em regiões Nordeste e Centro-Oeste do país, que necessitam pagar por tratamento, com pior autopercepção da saúde, tendo três ou mais doenças e com a manifestação de limitações causadas por essas, assim como aqueles que faziam uso de cinco ou mais medicamentos. Diante disso, se faz necessário que os profissionais de enfermagem e saúde atentem-se para as diferenças regionais, demográficas, econômicas, ligadas à atenção à saúde na rede de serviços disponíveis e o regime terapêutico estabelecido pelos profissionais de saúde (Tavares *et al.*, 2016).

Uma abordagem centrada nas possibilidades apresentadas pelos homens para melhor gerirem a sua saúde deve ser fortalecida na clínica de enfermagem, principalmente, considerando melhorar não só os indicadores de saúde física, mas também de saúde mental do público masculino impactado pelo adoecimento crônico. Sob este aspecto, a literatura científica já aponta para a elevação do risco de depressão e suicídio em pessoas com doenças crônicas, cuja razões também podem estar interrelacionadas com baixa qualidade de vida, reduzido status econômico, baixa rede de apoio familiar, o que põe a doença crônica como um fator de risco indutor de humor depressivo, ideação e tentativa de suicídio. Logo, chama a atenção para a elevação das vulnerabilidades sociais em saúde para o público masculino com doença crônica em comparação com a população geral (Gurhan *et al.*, 2019).

Limitações do estudo

Há limitação do estudo por não ter incluído profissionais de saúde, membros da família e demais atores que se mostraram relevantes na compreensão do fenômeno investigado, bem como o emprego da entrevista individual não ter sido capaz de apreender com profundidade os elementos do Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender no contexto da autogestão ineficaz da saúde experienciada por homens em adoecimento crônico. Além disso, o fato do estudo focalizar a atenção no adoecimento crônico, os participantes do estudo podem ter limitado a capacidade de

expressão de novas dimensões da autogestão da saúde incorporada por estes, carecendo de novos estudos que avancem na compreensão ampliada do fenômeno.

Conclusão

A aplicabilidade do Modelo de Promoção da Saúde de Nola para melhor compreensão dos discursos coletivos trazidos por homens no contexto do adoecimento crônico, possibilita ao profissional de saúde a identificação dos fatores que dificultam a autogestão eficaz da sua saúde, como forma de embasar a elaboração e planejamento de ações direcionadas a promover comportamento de promoção à saúde dessa população. Foi possível perceber que mesmo esses homens compreendendo quais são as barreiras que o impedem de gerir com eficácia a sua saúde, a pressão sociocultural imposta pelas concepções machista, atrelado a falta de recursos e/ou rede de apoio dificultam a adoção de práticas saudáveis de comportamento em saúde e agravam o prognóstico do processo saúde doença em que está inserido.

Fomentar a autonomia e a responsabilidade individual do seu cuidar na gestão da saúde desses homens é essencial para melhores resultados nos indicadores de morbidade e mortalidade por DCNT, e cabe aos profissionais de saúde, com foco ao Enfermeiro na produção do cuidado de trazer intervenções direcionadas às especificidades e individualidade desses homens, envolvendo nesse rede de cuidados a família e a coletividade em que ele convive.

Referências

ADU, M. D. *et al.* Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. **PLOS ONE**, v. 14, n. 6, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0217771.

BALBINO, C. M. *et al.* The reasons that prevent men adherence to male health care programs. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-17, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4230>.

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) de 2009. Brasília, DF, 12 de dezembro de 2021a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562_15_12_2021.html. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

CHEN, H. H. *et al.* The effect of hospital-based health promotion on the health practices of full-time hospital nurses: a cross-sectional study. **Sci Rep**, v. 13, n. 9763, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36873-z>.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P.C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet], v. 26, n. 9, p. 4021-32, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>.

EUROPEAN COMMISSION. Directorate-General for Health and Consumers. **The state of men's health in Europe**. Publications Office, 2011. DOI: <https://data.europa.eu/doi/10.2772/60721>.

FALCAO-LIMA, G. O.; SILVA-SANTOS, L. C.; FARO, A. Influência de Fatores Psicológicos e Sociais nos Comportamentos Preventivos de Saúde dos Homens. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 4, p. 197-210, 2022. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i4.1862>.

GARCIA, L. H. C.; CARDOSO, N. de O.; BERNARDI, C. M. C. do N. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. **Rev. Psicol. Saúde** [Internet], v. 11, n. 3, p. 19-33, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i3.933>.

GARFIELD, C. F.; ISACCO, A.; ROGERS, T. E. A Review of Men's Health and Masculinity. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 2, n. 6, p. 474-487, 2008. DOI:10.1177/1559827608323213.

GAVARKOV, A. G. *et al.* Engaging Men in Chronic Disease Prevention and Management Programs: A Scoping Review. **Am J Mens Health**, v.10, n. 6, p. 145-154, 2016. DOI:10.1177/1557988315587549.

GBD. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study. Demographics Collaborators. Global Age-Sex-Specific Fertility, Mortality, Healthy Life Expectancy (HALE), and Population Estimates in 204 Countries and Territories, 1950-2019: A Comprehensive Demographic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1160-203, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30977-6.

GURHA, N. *et al.* Suicide Risk and Depression in Individuals with Chronic Illness. **Community Ment Health J.**, v. 55, n. 5, p. 840-848, 2019. DOI:10.1007/s10597-019-00388-7.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. (Eds.). **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023**. 12. ed. Nova Iorque, NY, USA: Thieme Medical, 2021.

JESUS SOUSA, T. *et al.* Aspectos da masculinidade como impeditivo do autocuidado na saúde do homem. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 65, p. 6306–6323, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6306-6323>.

JÚNIOR, A.D. *et al.* Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Autogestão ineficaz da saúde” em pessoas que vivem com HIV. **Revista Internacional de Conhecimento em Enfermagem**, v. 34, ed. 1, p. 13 – 20, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12367>.

MALTA, D. C. *et al.* Carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Países de Língua Portuguesa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 28, n. 05, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11622022>.

MCGRAW, J.; WHITE, K. M.; RUSSELL-BENNETT, R. "Masculinity and men's health service use across four social generations: Findings from Australia's Ten to Men study." **SSM Popul Health**, v. 15, n. 100838, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100838>.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NEW SOUTH WALES. Ministry of Health. **NSW MEN'S HEALTH FRAMEWORK**. SHPN: (HSP) 170616, 2018. ISBN: 978-1-76000-756-0. Disponível em: <https://www.health.nsw.gov.au/men/Publications/mens-health-framework.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2024.

NOCK, A. M. *et al.* Health Literacy in Adults with Chronic Diseases in the Context of Community Health Nursing: A Scoping Review. **Nurs Rep.**, v. 13, n. 2, p. 823-834, 2023. DOI: [10.3390/nursrep13020072](https://doi.org/10.3390/nursrep13020072).

OLIVEIRA, G. M. M. de *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. **Arq Bras Cardiol.**, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. DOI: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20211012>.

OLIVEIRA, O. B. R. *et al.* Adesão de pacientes com doença renal crônica à Hemodiálise. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247856>.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/> Acesso em: 04 dez. 2023.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 7. ed. Boston: Pearson, 2015.

QUEIROZ, I. B. S. *et al.* Cuidados de Enfermagem na Promoção da Saúde Masculina: Uma Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 14, n. 52, p. 35-49, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i52.2666>.

SAKRAIDA, T. J.; WILSON, J. Nola J Pender: Health Promotion Model. In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A.M. **Modelos y teorías em enfermeria**. 7. ed. Barcelona: Elsevier, 2011. p. 323-338.

SILVA, C.G *et al.* Analysis of the content of the nursing diagnosis deficient knowledge in individuals with heart failure. **Int J Nurs Knowl.**, v. 34, n. 2, p. 116-125, 2023. DOI: [10.1111/2047-3095.12386](https://doi.org/10.1111/2047-3095.12386).

SOMMET, N.; SPINI, D. Financial scarcity undermines health across the globe and the life course. **Social science & medicine**, v. 292, n. 114607, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114607>.

SOUSA, A. R. *et al.* Implementation of the National Policy for Comprehensive Attention to Men's Health: challenges experienced by nurses. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, n. e03759, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020023603759>.

SOUSA, A. R. *et al.* Sociohistorical analysis of normative standards of masculinity in the pandemic of COVID-19: Impacts on men's health/mental health. **Frontiers in Psychol.**, v. 13, n. 775337, 2022. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.775337.

SOUSA, A. S. Masculinidade hegemônica: contingências relacionadas ao déficit de autocuidado à saúde em homens. **Revista Perspectivas**, v. 13, n. 02, p. 207-218, 2022. Disponível em: <https://revistaperspectivas.emnuvens.com.br/perspectivas/article/view/920>. Acesso em: 05 mar. 2024.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 50, (supl 2):10s, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006150.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação teórica, empírica e conceitual da autogestão ineficaz da saúde de homens adultos em adoecimento crônico possibilitou reconhecer as características, os comportamento específicos e resultados de comportamento e experiências individuais da Promoção da Saúde que explicam a ocorrência, os antecedentes, fatores pessoais, autopercepção da problemática, sentimentos, influências, exigências, preferências e compromissos promotores ou não da saúde em dada construção social das masculinidades. O referencial do Modelo de Promoção da Saúde mostrou-se sensível ao fenômeno investigado, permitindo localizar conceitos e direcionamentos para a prática em Enfermagem, ampliando e fortalecendo o emprego de sistemas de linguagem padronizada e a definição do escopo da produção do cuidado.

Os homens investigados percebem benefícios em gerir a própria saúde vivendo com doença crônica, reconheceram as barreiras para a ação em prol da promoção da saúde, com maior ênfase para a redução de possíveis danos e complicações da doença, desempenhando mecanismos de autoeficácia para melhorar a situação/condição de saúde, cujo os sentimentos deflagrados demonstraram a autorealização, satisfação e conquista. Observou-se influências na autogestão para a promoção da saúde, quer sejam elas de base sociocultural, quanto dos acessos disponíveis para cuidar de si e da saúde, acessando a rede de serviços. Os homens manifestaram exigências e preferências para auto gerir a sua saúde, com destaque para a valorização do autocuidado, a convivência social para além da doença e a busca por melhorias no quadro de saúde. Para tanto,

estabeleceram estratégias, ações, comportamentos e práticas de cuidado por meio de um plano de ação que coopera com a adoção de comportamento de promoção da saúde.

O estudo traz a importância da aplicabilidade do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como uma guia para as práticas em saúde executadas pelos profissionais de saúde e equipe de enfermagem, estimulando a autonomia e autoresponsabilidade desses homens para uma autogestão eficaz da sua saúde, ajudando na mudança de paradigmas e comportamentos que historicamente vem sendo prejudiciais à saúde masculina.

Por meio desta pesquisa foi possível analisar de forma detalhada e rigorosa o conceito de autogestão ineficaz da saúde, utilizando o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e o referencial teórico de Fawcett, contribuindo não apenas para a compreensão teórica do conceito, mas proporcionando um modelo conceitual que poderá ser utilizado na prática da enfermagem com foco direcionado ao atendimento de homens em adoecimento crônico.

REFERÊNCIAS

AGONIGI, R. C. *et al.* The production of care in the routine of Family Health Teams. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 71, suppl 6, p. 2659-2665, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>.

AGUIAR, C.A.S. *et al.* Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 64, p. 5604–5615, 2021. DOI: [10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615](https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615).

AIRHIHENUWA, C.O. *et al.* Global Perspectives on Improving Chronic Disease Prevention and Management in Diverse Settings. **Anterior Crônica Dis**, v. 18, n. 210055, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd18.210055>.

ALMEIDA, C. F. de. Invalidez, inexistência e ineficácia. **Católica Law Review**, Lisboa, v. 1, n. 2 (Maio 2017), p. 9-33. DOI: <https://doi.org/10.34632/catolicallawreview.2017.1980>.

ALVES, R. F. *et al.* Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2023.

BAKER, P. **From the Margins to the Mainstream: Advocating the Inclusion of Men's Health in Policy. A scoping study**. London: Global Action on Men's Health, 2020. Disponível em: <https://gamh.org/wp-content/uploads/2020/06/From-the-Margins-to-The-Mainstream-Report.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BALBINO, C. M. *et al.* The reasons that prevent men adherence to male health care programs.

Research, Society and Development, v. 9, n. 7, p. 1-17, 2020. DOI:
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4230>.

BANDURA, A. **Social cognitive theory**. Greenwich, CT: JAI Press, 1989. p. 1-85.

BANDURA, A. A evolução da teoria social cognitiva. In: BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S.A.J. (Org.). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Colaboradores: Anna Edith Bellico da Costa, Fabián Olaz, Fabio Iglesias, Frank Pajares. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 15-41.

BARATA, R. B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em:
<https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso: 20 out. 2023.

BORDE, E. *et al.* Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde debate**, v. 39, n. 106, 2015. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>.

BOTTON *et al.* Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças. Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017. DOI:
<https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72>.

BRAUN, V.; CLARKE, V. (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis. **Int J Soc Res Methodol**, v. 19, n. 6, p. 739-43, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>.

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) de 2009. Brasília, DF, 12 de dezembro de 2021a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562_15_12_2021.html. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em:
https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/promocao-da-saude/promocao_o_saude_aproximacoes_tema_05_2021.pdf/view. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-39962>. Acesso em: 25 out. 2023.

CHEN, H. H., *et al.* The effect of hospital-based health promotion on the health practices of full-time hospital nurses: a cross-sectional study. **Sci Rep**, v. 13, n. 9763, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36873-z>.

CLARKE, V.; BENNETT, E. V. Constructing the moral body: self-care among older adults with multiple chronic conditions. **Health**, v. 17, n. 3, p. 211-28, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459312451181>.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P.C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet], v. 26, n. 9, p. 4021-32, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS 2023. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2023a. Disponível em: http://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=13031&filter=ths_termall&q=autocuidado. Acesso em: 05 nov. 2023.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS 2023. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2023b. Disponível em: http://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=57332&filter=ths_termall&q=autogestão. Acesso em: 05 nov. 2023.

EUROPEAN COMMISSION. Directorate-General for Health and Consumers. **The state of men's health in Europe**. Publications Office, 2011. DOI: <https://data.europa.eu/doi/10.2772/60721>.

FALCAO-LIMA, G. O.; SILVA-SANTOS, L. C.; FARO, A. Influência de Fatores Psicológicos e Sociais nos Comportamentos Preventivos de Saúde dos Homens. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 4, p. 197-210, 2022. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i4.1862>.

FAWCETT, J. Empirical Indicators: Conceptual and Theoretical Origins. **Aquichan**, v. 21, n. 4, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.4.4>.

FERREIRA, D. S. *et al.* VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE SAÚDE DO HOMEM. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36344>.

FIGUEIREDO, C. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Lisboa: Livraria Editora Tavares Cardoso & Irmão, 1899.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>. Acesso em: 23 ago. 2024.

GARFIELD, C. F.; ISACCO, A.; ROGERS, T. E. A Review of Men's Health and Masculinity. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 2, n. 6, p. 474-487, 2008. DOI:10.1177/1559827608323213.

GBD. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study. Demographics Collaborators. Global Age-Sex-Specific Fertility, Mortality, Healthy Life Expectancy (HALE), and Population Estimates in 204 Countries and Territories, 1950-2019: A Comprehensive Demographic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1160-203, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30977-6.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. (Eds.). **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023**. 12. ed. Nova Iorque, NY, USA: Thieme Medical, 2021.

HORNIK, B.; DULAWA, J. Frailty, Quality of Life, Anxiety, and Other Factors Affecting Adherence to Physical Activity Recommendations by Hemodialysis Patients. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, n. 1827, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16101827>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Salvador: IBGE, 2023. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 20 ago. 2024.

JESUS SOUSA, T. *et al.* Aspectos da masculinidade como impeditivo do autocuidado na saúde do homem. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 65, p. 6306–6323, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6306-6323>.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos**. Porto Alegre: EDUCS, 2003. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001347796>. Acesso em: 22 ago. 2024.

MALTA, D. C. *et al.* Carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Países de Língua Portuguesa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 28, n. 05, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11622022>.

MARQUES, R.; GRAEFF, B. Análise Temática Reflexiva: interpretações e experiências em educação, sociologia, educação física e esporte. **MOTRICIDADES: Revista da Sociedade de Pesquisa Qualitativa em Motricidade Humana**, São Carlos, v. 6, n. 2, p. 115–130, 2022. DOI: 10.29181/2594-6463-2022-v6-n2-p115-130.

MCGRAW, J.; WHITE, K. M.; RUSSELL-BENNETT, R. "Masculinity and men's health service use across four social generations: Findings from Australia's Ten to Men study." **SSM Popul Health**, v. 15, n. 100838, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100838>.

MEDRADO, B. *et al.* Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 01, pp. 179-183, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MUNIZ, V. O. *et al.* Self-care deficit among older men in the COVID-19 pandemic: implications for nursing. **Rev Bras Enferm.** 2022;75(Suppl 4):e20210933. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0933pt>.

NEW SOUTH WALES. Ministry of Health. **NSW MEN'S HEALTH FRAMEWORK**. SHPN: (HSP) 170616, 2018. ISBN: 978-1-76000-756-0. Disponível em: <https://www.health.nsw.gov.au/men/Publications/mens-health-framework.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2024.

NIRIAYO, Y. L. *et al.* Prevalence and predictors of poor self-care behaviors in patients with chronic heart failure. **Scientific Reports**, v. 14, n. 1984, 2024.

OLIVEIRA, G. M. M. de *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. **Arq Bras Cardiol.**, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. DOI: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20211012>.

OLIVEIRA, O. B. R. *et al.* Adesão de pacientes com doença renal crônica à Hemodiálise. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247856>.

OGRINC, G. *et al.* SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. **BMJ Qual Saf**, v. 25, n. 12, p. 986-992, 2016. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004411.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/> Acesso em: 04 dez. 2023.

OREM, D. E. **Nursing - concepts of practice**. 5. ed. St Louis: Mosby, 1995.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 7. ed. Boston: Pearson, 2015.

PIRES, C. G. da S.; MUSSI, F. C. ¿Los determinantes sociales en salud influyen en la exposición de factores de riesgo cardiovasculares? **Enfermería Comunitaria (rev. digital)**, v. 10, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.index-f.com/comunitaria/v10n1/ec1012e.php>. Acesso em: 10 abr. 2024.

QUEIROZ, I. B. S. *et al.* Cuidados de Enfermagem na Promoção da Saúde Masculina: Uma Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 14, n. 52, p. 35-49, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i52.2666>.

REIS DE SOUSA, A. *et al.* Men's health care: concept analysis. **Investigación y Educación en Enfermería**, [S. l.], v. 41, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e14>.

SAKRAIDA, T. J.; WILSON, J. Nola J Pender: Health Promotion Model. In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. **Modelos y teorías em enfermería**. 7. ed. Barcelona: Elsevier, 2011. p. 323-338.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021** / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2018. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf. Acesso em: 20 ago. 2024.

SESAB - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Saúde do Homem**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-do-homem/>. Acesso em: 21 ago. 2024.

SILVA, A. C. R.; LEMOS, S. T. de F. Implicações sociais do tratamento hemodialítico na vida de jovens com doença renal crônica. **Público e o Privado**, n. 31, 2018. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/view/2298/1851>. Acesso em: 15 out. 2022.

SMITH, A. T.; DUMAS, A. Class-based masculinity, cardiovascular health and rehabilitation. **Sociol Health Illn.**, v. 41, n. 2, p. 303-324, 2019. DOI: 10.1111/1467-9566.12827.

SOMMET, N.; SPINI, D. Financial scarcity undermines health across the globe and the life course. **Social science & medicine**, v. 292, n. 114607, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114607>.

SOUSA, A. R. *et al.* Sociohistorical analysis of normative standards of masculinity in the pandemic of COVID-19: Impacts on men's health/mental health. **Frontiers in Psychol.**, v. 13, n. 775337, 2022. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.775337.

SOUSA, V. R. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.** 2021;34:eAPE02631. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>.

VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. de O.; XIMENES, L. B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem** [online], v. 18, n. 3, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>.

VITOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ANÁLISE DA SUA IMPORTÂNCIA E APLICABILIDADE NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 611-616, 2010.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados - Análise teórica

Conceitos propostos na Teoria:	Aplicabilidade do conceito teórico ao fenômeno investigado:	Indicadores empíricos (da literatura):
1. Características e Experiências Individuais		
Comportamento anterior: Fonte consultada e analisada:	Autogestão ineficaz da saúde Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Fatores pessoais - biológicos, psicológicos e socioculturais: Fonte consultada e analisada:	BIOLÓGICO: Fonte consultada e analisada: PSICOLÓGICO: Fonte consultada e analisada: SOCIOCULTURAL: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
2. Comportamento Específico		
Percebe benefícios para ação: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Percebe barreiras para ação: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Percebe autoeficácia:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Sentimentos em relação ao comportamento: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Compromisso com plano de ação: Fonte consultada e	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:

analisada:		
Influências interpessoais (família, cônjuge, normas, provedores, modelos): Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Situações que influenciam (opiniões, exigências, eficácia): Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
3. Resultado do comportamento e experiências individuais		
Exigências imediatas (baixo controle), preferências (auto controle): Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:
Comportamento de promoção da saúde: Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:	Fonte consultada e analisada:

Fonte: Elaboração Própria (adaptado do Modelo de Promoção da Saúde, PENDER N. J., MURDAUGH C. L., PARSONS M. A. Health promotion in nursing practice. 7. ed. Boston: Pearson; 2015.)

APÊNDICE B - Diário reflexivo

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE PESQUISA: AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE DE HOMENS ADULTOS EM ADOECIMENTO CRÔNICO: ESTUDO TEÓRICO-EMPÍRICO				
DIÁRIO REFLEXIVO				
Aula:	Tema da aula:	Conteúdo da aula	Insights	Síntese reflexiva (Nota Teórica):
01. Data: 14/08	Temática: Acolhimento EEUFBA	Conteúdos: Não houve aula da disciplina.		
Comentários, lembretes e anotações adicionais:				
02. Data: 21/08	Temática: Classe dia e diagnóstico das teorias de interesses das discentes.	Conteúdos: Faltei a aula.		
Comentários, lembretes e anotações adicionais:				
03. Data: 28/08	Temática: Estrutura do conhecimento da Enfermagem Contemporânea	Conteúdos: Aula com profª Virgínia, abordado sobre dimensões epistemológicas do conhecimento científico da enfermagem latino-americana	Insights 01: A ciência busca responder/resolver a um problema, como desenvolver uma vacina para a pandemia.	Foi estimulado ao aluno que refletisse dentro do fenômeno da sua pesquisa que você quer ou já estuda: Nota reflexiva: Quem é o ser humano, pessoa a ser atendido? Homens adultos no contexto do adoecimento crônico. Quem é a enfermagem/enfermeira, que prestará a assistência? Enfermeiras e enfermeiros que estão atuando nos serviços de saúde, seja na atenção primária, nos hospitais ou serviços especializados e que prestam assistência a homens que possuem alguma doença crônica não transmissíveis. Qual o ambiente em que está inserido?

			<p>Homens – em uma sociedade com cultura machista, em que esse indivíduo não se sente vulnerável ao ponto de achar que não precisa se pôr em um papel que necessite de cuidados, de prevenção e promoção a saúde. Saúde dessa pessoa? (direciona o que ela precisa de assistência) – Homens com déficit no seu autocuidado, com uma autogestão ineficaz de sua própria saúde, adoecidos, com problemas crônicos.</p>
<p>Comentários, lembretes e anotações adicionais:</p>	<p>A aula foi iniciada com uma pincelada sobre o conceito de ciência, uma atividade que busca uma solução de problemas, adotando uma abordagem paradigmática enquanto metodologia. A ciência busca responder/resolver a um problema, como desenvolver uma vacina para a pandemia. Ainda trazendo em aula sobre o conhecimento científico a ciência se constitui no objeto de investigação, onde os estudos epistemológicos iram verificar os princípios e os resultados alcançados pelas diversas ciências. Neste momento da aula, percebi lacunas no meu conhecimento sobre a disciplina, e a carência de compreender conceitos como paradigma, metaparadigma, teoria e teorias de enfermagem. Conceitos de já tinha escutado, vivenciado em outras disciplinas do mestrado, mas nunca compreendido de fato, mas que percebi pela abordagem em sala a necessidade e importância de revisá-los.</p> <p>PARADIGMA: Em dicionários conceituada como modelo, padrão, mas na aplicabilidade na ciência, um pensamento e atividade humana. Paradigma tornou-se uma categoria compreensiva de diferentes fenômenos, sendo possível, então, falar em paradigma pedagógico, paradigma da modernidade, paradigmas culturais, paradigmas sociais, tradicionais e emergentes. Para Kuhn, o conhecimento científico é definido basicamente pela adoção de um paradigma, é um paradigma nada mais é do que uma estrutura mental – composta por teorias, experiências, métodos e instrumentos– que serve para o pensamento organizar, de determinado modo, a realidade e os seus eventos (Silva Neto, 2011, p. 346 – 347).</p> <p>S. de A. e Silva Neto. O que é um paradigma? Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, Volume 45, Número 2, p. 345-354, Outubro de 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/download/2178-4582.2011v45n2p345/22356/82976>.</p> <p>METAPARADIGMA: contém visões de mundo filosóficas e conceitos únicos para uma disciplina e define limites que a separam de outras disciplinas. Destina-se a ajudar os outros a conduzir pesquisas e utilizar os conceitos para a academia dentro dessa disciplina. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/as-teorias-de-enfermagem/>.</p> <p>TEORIA: conjunto de conceitos, definições, relacionamentos e hipóteses que projetam a visão sistêmica do fenômeno.</p> <p>TEORIAS DE ENFERMAGEM: conceitualização de alguns aspectos da enfermagem comunicados com a finalidade de descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever cuidados</p>		

de enfermagem, sendo composta por conceitos, definições, suposições e fenômenos. Disponível em: < https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/4teorias.pdf >

COMPONENTE CURRICULAR: Teorias de Enfermagem

DOCENTES: Profa. Dra. Virgínia Ramos dos Santos Souza e Prof. Dr. Anderson Reis de Sousa

DISCENTE: Bruna Rafaela Carneiro

DIÁRIO REFLEXIVO

14/08/2023 – Acolhimento EEUFBA – Não houve aula da disciplina.

21/08/2023 – Classe dia e diagnóstico das teorias de interesses das discentes – Faltei a aula.

28/08/2023 – Aula com prof^a Virgínia, abordado sobre dimensões epistemológicas do conhecimento científico da enfermagem latino-americada.

A aula foi iniciada com uma pincelada sobre o conceito de ciência, uma atividade que busca uma solução de problemas, adotando uma abordagem paradigmática enquanto metodologia. **A ciência busca responder/resolver a um problema, como desenvolver uma vacina para a pandemia.** Ainda trazendo em aula sobre o conhecimento científico a ciência se constitui no objeto de investigação, onde os estudos epistemológicos iram verificar os princípios e os resultados alcançados pelas diversas ciências.

Neste momento da aula, percebi lacunas no meu conhecimento sobre a disciplina, e a carência de compreender conceitos como paradigma, metaparadigma, teoria e teorias de enfermagem. Conceitos de já tinha escutado, vivenciado em outras disciplinas do mestrado, mas nunca compreendido de fato, mas que percebi pela abordagem em sala a necessidade e importância de revisá-los.

PARADIGMA

Em dicionários conceituada como modelo, padrão, mas na aplicabilidade na ciência, um pensamento e atividade humana.

Paradigma tornou-se uma categoria compreensiva de diferentes fenômenos, sendo possível, então, falar em paradigma pedagógico, paradigma da modernidade, paradigmas culturais, paradigmas sociais, tradicionais e emergentes. Para Kuhn, o conhecimento científico é definido basicamente pela adoção de um paradigma, e um paradigma nada mais é do que uma estrutura mental – composta por teorias, experiências, métodos e instrumentos– que serve para o pensamento organizar, de determinado modo, a realidade e os seus eventos (Silva Neto, 2011, p. 346 – 347)

S. de A. e Silva Neto. O que é um paradigma? Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, Volume 45, Número 2, p. 345-354, Outubro de 2011. Disponível em: <
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/download/2178-4582.2011v45n2p345/22356/82976>>.

METAPARADIGMA - contém visões de mundo filosóficas e conceitos únicos para uma disciplina e define limites que a separam de outras disciplinas. Destina-se a ajudar os outros a conduzir pesquisas e utilizar os conceitos para a academia dentro dessa disciplina.

Disponível em: <<https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/as-teorias-de-enfermagem/>>.

TEORIA – conjunto de conceitos, definições, relacionamentos e hipóteses que projetam a visão sistêmica do fenômeno.

TEORIAS DE ENFERMAGEM – conceitualização de alguns aspectos da enfermagem comunicados com a finalidade de descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever cuidados de enfermagem, sendo composta por conceitos, definições, suposições e fenômenos.

Disponível em: <<https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/4teorias.pdf>>

Ainda sobre a aula explanada foi abordado sobre metaparadigma que identifica fenômenos de interesse para uma disciplina, na enfermagem é pensado 04 conceitos o ser humano, a enfermagem, a saúde e o ambiente. E então em sala foi estimulado ao aluno que refletisse sobre dentro do fenômeno da sua pesquisa que você quer ou já estuda:

- Quem é o ser humano, pessoa a ser atendido? **Homens adultos no contexto do adoecimento crônico.**
- Quem é a enfermagem/enfermeira, que prestará a assistência? **Enfermeiras e enfermeiros que estão atuando nos serviços de saúde seja na atenção primária, nos hospitais ou serviços especializados e que prestam assistência a homens que possuem alguma doença crônica não transmissíveis.**
- Qual o ambiente, em que está inserido? **Homens – em uma sociedade com cultura machista, em que esse indivíduo não se sente vulnerável ao ponto de achar que não precisa se por em um papel que necessite de cuidados, de prevenção e promoção a saúde.**
- Saúde dessa pessoa? (direciona o que ela precisa de assistência) – **Homens com déficit no seu autocuidado, com uma autogestão ineficaz de sua própria saúde, adoecidos, com problemas crônicos.**

Sobre a aula ainda foi abordado sobre metaparadigma da enfermagem, enquanto disciplina e profissão, trazendo seus componentes.

04/09/2023 – Estudo Dirigido – Espaço dedicado a construção do Estudo.

1) Leitura do texto:

FAVERO, Luciane; WALL, Marilene Loewen; LACERDA, Maria Ribeiro. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 534-544, 2013.

Responder a seguinte questão: como as autoras definem - TEORIA, MARCO CONCEITUAL e MODELO DE CUIDADO.

2) Leitura dos textos:

BENDER, M. Re conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nurs Inquiry* [online], v. 25, n. 3, p.: e12243, 2018.

BENDER, M. Models versus theories as a primary carrier of nursing knowledge: A philosophical argument. *Nurs Philosophy* [online], v.19, n.1, p.: e12198, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/nup.12198>>

Responder a seguinte questão: como Bender define filosofia para a Enfermagem

3) Leitura do texto:

LEANDRO, T. A. et al. Desenvolvimento das teorias de médio alcance na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [online], v. 73, n.1, p.: e20170893, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>>

Responder como os autores definem TEORIA DE GRANDE ALCANÇE E DE MEDIO ALCANÇE

#Estudo Dinigdo#

1- Teoria, Marco Conceitual e Modelo de Cuidado.

Teoria de enfermagem - conceitualizar a realidade da enfermagem, por meio dos fenômenos e suas relações e consequências, prescrever cuidados.

Teoria - representações simbólicas da realidade

↳ "descreve, explica, prevê, prescreve respostas a acontecimentos, situações, condições ou relações"

↳ conceitos que se relacionam com fenômenos.

↳ estabelecida o processo de cuidar em enfermagem, que orientará a prática do cuidado.

E nessa relação se forma as afirmações teóricas.

Modelo de cuidado - quando o processo de cuidar é embasado em alguma teoria, sendo visto com diferentes estruturas e grau de abstração.

↳ orienta nossa prática, baseado nas crenças, valores e significados dos que estão envolvidos no processo, sendo dinâmico e com graus variados de estruturação.

Marco conceitual - abstração mental de um conjunto de conceitos relacionados, aplicável a uma situação distinta que serve de orientação ao processo de investigação, de ação.

conj. de elaborações mentais sobre aspectos relacionados ao objeto de estudo, um ponto que serve como base e orientação, uma proposta de que

uma construção mental logicamente organizado, que serve para dirigir o processo de investigação e de ação.

apresentação de um fenômeno com suas características / símbolos e suas significativas

2- Como Benders define filosofia para a Enfermagem

Metaparadigma - visão de um mundo total que serve como uma forma de organizar percepções.

Conceitos:

Pessoa

Ambiente

Saúde

Enfermagem

Relações:

pessoa - saúde

pessoa - saúde - ambiente

pessoa - saúde - enfermagem

Metaparadigma - conj. de conceitos já empiricamente identificados e abstraídos e proposições que direcionam os estudos contínuos de enfermagem.

3- Defina Teoria de Grande alcance e de médio alcance.

Teoria conjuntos de conceitos menos amplos que modelos conceituais e que propõem resultados mais específicos.

Variam de acordo com seu nível de abstração e escopo

Grandes



Amplas

Teoria Médio Alcance (TMA)

Se conceitua em teoria menores ou eram partes delas.



Conj. de conceitos menos abstratos e mais específicos pl m detalhes da prática de enf.



Intermediárias



Vem da necessidade de se explicar um comportamento, organização, mudança social.

18/09/2023 - Filosofias, Modelos Conceituais, Teorias, Grandes Teorias e Teorias de Médio Alcance

Foi uma aula ministrada por uma prof^a convidada, Dra Maria Ribeiro Lacerda, que proporcionou a todos um momento maravilhoso de discussão.

Foi abordado sobre conhecimento da enfermagem, em que precisamos dele para ter propriedade e qualidade quanto a prática profissional, bem como ser profissionais empoderados, não submissos a nenhuma outra profissão, mas que necessita de conhecimento para fundamentação da sua assistência e respaldo a exercer uma atuação qualificada e que conquista o respeito dos demais profissionais escutando sua opinião nas condutas frente a assistência ao paciente.

Durante toda a aula a professora nos instigou a refletir, pensar, discutir, e então fui questionada a Qual a minha perspectiva na minha enfermagem? Algo que nunca parei para refletir, para pensar. Hoje na minha atuação me sinto empoderada e respeitada pelos colegas, após 08 anos de prática assistencial, associado a uma busca incessante por conhecimento por meio de especializações e atualmente no mestrado, em conjunto a sempre participar de eventos científicos da área, a minha opinião sempre foi respeitada, mas também sempre respeitei o espaço do outro e compreendo qual o meu papel atuante na equipe multiprofissional frente ao paciente.

Explanado em aula, a importância do desenvolvimento teórico, enquanto alicerce de uma profissão, compreendendo as teorias e aplicando na prática o seu entendimento como sustentação e guia para as ações da profissão.

E então um outro ponto crucial de debate e reflexão na aula foi a abordagem da teoria como apoio e sustentação para a prática da enfermeira, orientando e fundamentando suas atividades, e nesse momento refletir que após meus 05 anos de graduação, somados aos 08 anos de assistência nunca fundamentei minha prática as teorias de enfermagem, e nem havia compreendido até aquele momento a sua importância e relevância.

25/09/2023 - Processo de desenvolvimento da teoria - Faltei a aula.

02/10/2023 – Aula com prof^a Dra Virginia, que orientou e explicou sobre a construção do seminário. Abordando sobre CTE - Conceito – Teórico – Dados Empírico – Estrutural.

Foi explicado sobre modelo conceitual e que toda teoria precisa se trazer definições de conceitos. Na aplicação desse modelo para a pesquisa será definido conceitos a partir das teorias, diferindo de teoria e referencial teórico.

No caso eu abordarei sobre o Modelo de promoção da saúde de Nola Pender trazendo os elementos constituintes e modelo conceitual associado a minha temática: Autogestão ineficaz da saúde de homens adultos no contexto do adoecimento crônico.

No C será abordado conceitos e proposições, que é a relação de dois ou mais conceitos. No T é o que se aproxima mais da prática, podendo ser o referencial teórico da pesquisa, com conceitos mais concretos e específicos, derivando do modelo conceitual – C. E por fim o E que será o método de pesquisa empírico, os dados.

09/10/2023 – Foi um espaço usado para a construção e orientação do seminário. De forma didática e dinâmica os alunos usaram cartolinas e papel postiche com base nos estudos realizados no intervalo de uma aula e outra e iniciamos sobre supervisão da prof^a Dra Virginia a construção da parte C, trazendo os principais conceitos da teoria associada a nossa pesquisa.

No meu caso eu trouxe o Diagrama de Nola Pender com os conceitos dos termos do diagrama.

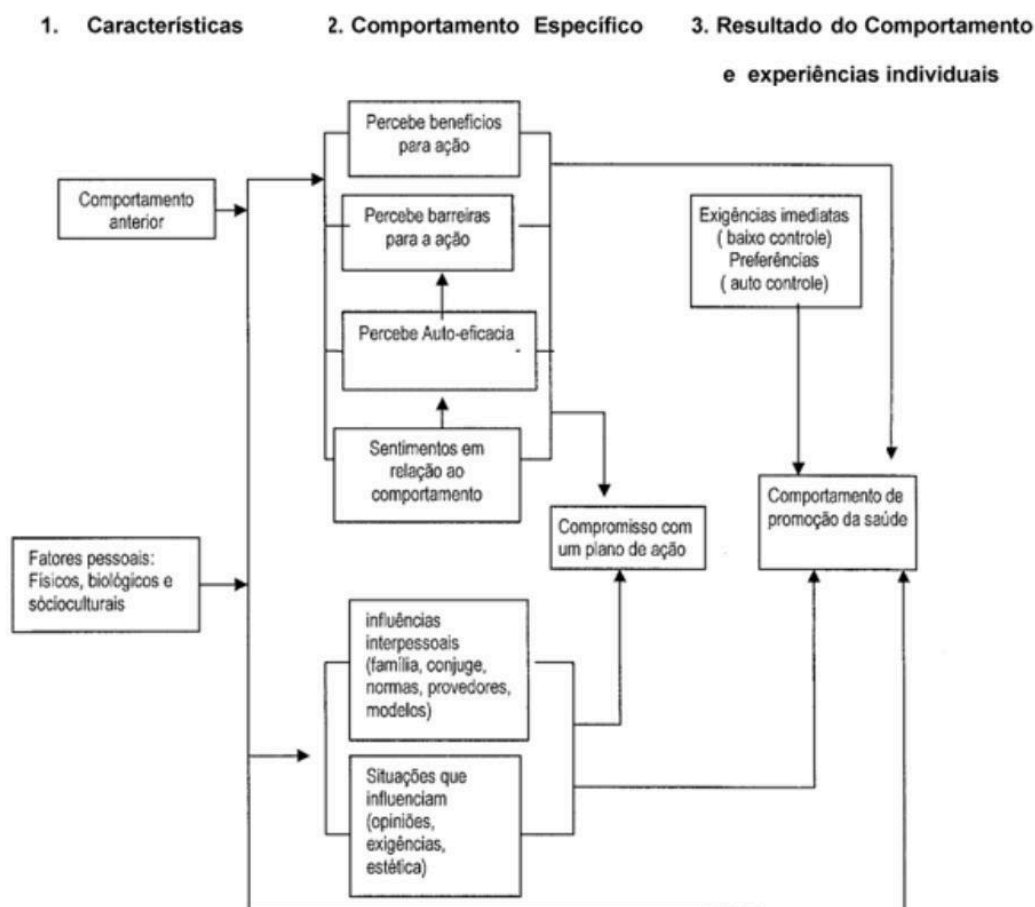


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*⁽¹⁹⁾

16/10/2023 - Integração de Modelo, Teorias, Pesquisa e Prática da Enfermagem – Aula com os profs Dra Virginia e Dr Anderson.

Foi abordado sobre os modelos conceituais definidos como um conjunto de ideias ou conceitos que se interrelacionam e simbolicamente representam um fenômeno, descrevendo as relações entre os conceitos que os compõem. Eles se originam de teorias ou da prática profissional, sendo instrumentalizados por meio do Processo de Enfermagem, onde:

1º Primeiro se realiza a análise conceitual e definição de conceitos dos fenômenos. Escolha e definição dos conceitos apresentados na literatura. Revisão da literatura para derivação dos conceitos já postos.

2º Síntese dos conceitos, leitura exhaustiva e discussões para as definições conceituais.

3º e 4º Análise e síntese de afirmações, definição de hipóteses.

5º Desenvolvimento final do modelo.

23/10/2023 - Estrutura para análise e avaliação de modelos e teorias de Enfermagem. Aula ministrada pelo prof convidado Dr Rudval Sousa.

A primeira coisa que foi conversado na aula é no momento que decidir por desenvolver uma estrutura para análise e avaliação de modelos e teorias é necessário primeiro buscar análises já

realizadas dessa teoria que você irá usar, bem como pesquisar artigos e pesquisas que tragam se essa teoria já foi utilizada.

O professor trouxe que a depender do autor/pesquisador, critérios diferentes são utilizados na análise/avaliação de uma teoria, com exemplos de alguns livros internacionais que trazem esses critérios. Bem como trouxe alguns temas em comuns a o mesmo teórico – adequação, clareza, consistência, complexidade/simplicidade, generalidade/âmbito da teoria, significância, avaliação/crítica interna e externa.

Foi explanado também sobre modelos científicos e definição de teorias com a sugestão de um artigo para leitura: Bender M. Models versus theories as a primary carrier of nursing knowledge: A philosophical argument. *Nurs Philos.* 2018;19:e12198.

O artigo tem como objetivo discutir e argumentar a favor do uso de modelos, em vez de teorias, como o principal veículo do conhecimento na ciência de enfermagem. O artigo busca superar desafios persistentes na filosofia da ciência de enfermagem, como a divisão entre teoria e prática e a busca paradoxal por teorias preditivas, enfatizando como os modelos podem descrever e explicar a dinâmica de fenômenos específicos de maneira mais eficaz e relevante para a prática da enfermagem.

30/10/2023 – O professor convidado não pode ir ministrar a aula, então o espaço foi reservado para continuidade da construção do seminário.

06/11/2023 - Teorias de médio alcance e teorias de situações específicas na América Latina. Aula ministrada pelo profº convidado Dr Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Ele abordou conceitos da Teoria de Médio Alcance – TMA e da Teoria de Situação Específica – TSE, trazendo as diferenças. A TMA nasce com Robert K. Merton, com a escala de abstração no processo de ligação de dados empíricos de baixo nível a teorias de alto alcance na antropologia. Na enfermagem Smith e Liehr aborda como conjunto de ideias relacionadas que estão focadas sob uma dimensão limitada da realidade de enfermagem. Já a TSE foca sobre um fenômeno específico de enfermagem que tem aplicação direta para a prática de Enfermagem.



Foi indicado o artigo Leandro TA, Nunes MM, Teixeira IX, Lopes MVO, Araújo TL, Lima FET, et al. Development of middle-range theories in Nursing. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):e20170893. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>, teve como objetivo identificar na literatura como as Teorias de Médio Alcance (TMA) estão sendo desenvolvidas na enfermagem. Foi realizada uma revisão integrativa em diversas bases de dados, incluindo Lilacs, Scopus, Cinahl, Web of Science e PubMed, utilizando as palavras-chave "middle range theory" e "nursing". A amostra incluiu 25 artigos. Os resultados mostraram que todos os artigos apresentaram conceitos relacionados às TMA, com a maioria desenvolvendo um quadro de síntese. Algumas teorias formularam proposições, hipóteses e nomes específicos. Apenas 16 artigos citaram o referencial metodológico, enquanto 22 utilizaram teorias ou modelos para fundamentação teórica e 11 realizaram revisões de literatura. As considerações finais do artigo ressaltam que o desenvolvimento das TMA inclui a apresentação de conceitos fundamentais,

síntese, proposições, hipóteses e nome específico. As TMA são reconhecidas como uma forma de desenvolver conhecimento para orientar a prática de enfermagem.

13/11/2023 - Pretérito, presente e futuro do estudo das teorias no Ibero América, aula ministrada pelo profº Dr Paulo Queiros. Ele explanou em aula que não há abordagem epistemológica sem uma análise cronológica. Paradigma é uma ideia que vamos buscar. E traz então duas vertentes de paradigma. Paradigma da integração – enfermeiro com cuidado unidirecionado, satisfazendo necessidades básicas, paciente como objeto do cuidado. Paradigma da transformação – enfermeiro com cuidado bidirecionado, pacientes donas de si próprias, parceiras do cuidado, o ser humano como um ser de necessidades e potencialidades.

20/11/2023 - Estava participando do Congresso Brasileiro de Urologia, assistir a aula de forma remota e acabei não realizando anotações.

27/11/2023 – Utilização de modelos teóricos na pesquisa e prática de enfermagem. Ministrado pela profª Dra Maria de Fátima, repondo a aula do dia 30/10/2023.

A professora explanou sobre os conhecimentos construídos nos Programas que são indispensáveis para a prática da enfermagem. Esse conhecimento produzido permite a transformação da profissão e o reconhecimento da ciência da enfermagem. Um momento reflexivo na aula foi o questionamento quanto: Quem já debateu os conceitos de uma teoria em prática? E como já mencionado anteriormente, não foi uma vivência minha, onde aprendi com as aulas a reconstruir tudo que sabia sobre teorias de enfermagem e sua importância para a assistência de enfermagem.

04/12/2023 – Apresentação do meu seminário.



Conceito Teórico Empírico Estrutural

AUTOGESTÃO INEFICAZ DA SAÚDE DE HOMENS ADULTOS NO CONTEXTO DO ADOECIMENTO CRÔNICO: EXPLICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO.

Discente: Enfª Esp. Bruna Rafaela Carneiro

Docente: Dra. Virginia Souza/Dr Anderson Souza

Orientador: Dr Anderson Souza

Coorientadora: Dra Cláudia Geovana Pires



Autogestão Ineficaz da Saúde de homens adultos no contexto do adoecimento crônico: explicação e desenvolvimento tecnológico.

Pergunta de Pesquisa: como se configura a autogestão da saúde experienciada por homens adultos em contexto do adoecimento crônico, capaz de indicar a proposição de tecnologias de cuidado em saúde?

Objetivo: analisar a autogestão da saúde experienciada por homens adultos em contexto do adoecimento crônico a fim de propor uma tecnologia de cuidado em saúde.

Conceitos - Autogestão Ineficaz da Saúde de homens adultos no contexto do adoecimento crônico: explicação e desenvolvimento tecnológico.

DeCS/MeSH
Descritores em Ciências da Saúde

Autogestão - capacidade do indivíduo para gerenciar os sintomas, tratamento, consequências físicas e psicossociais e mudanças de estilo de vida inerentes à vida com uma afecção crônica.



Ineficaz - adj. Que não é eficaz; que não dá resultado; que é inútil. Inconveniente.

DeCS/MeSH
Descritores em Ciências da Saúde

Saúde - estado do organismo quando funciona otimamente sem evidência de doença.



Autogestão ineficaz da saúde - manejo insatisfatório de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica.

Conceitos - Autogestão Ineficaz da Saúde de homens adultos no contexto do adoecimento crônico: explicação e desenvolvimento tecnológico.



Homem - animal racional e mamífero, que pela sua inteligência, pelo dom da palavra e pela história, se distingue dos outros seres organizados, ocupando entre eles o primeiro lugar.

Homem no contexto social, gênero. Batista, 2003.

Homem - é ser viril, forte, trabalhador, chefe de família, agressivo, firme, honesto, responsável, inteligente, competitivo e de uma sexualidade incontrolável, aquele detém a força física e, logo, o poder e a autoridade sobre o feminino.

Homem, sexo biológico masculino.

Homem - formação genética "XY", com presença das gonadas testículos, com estrutura interna da genitália composta pelas vesículas seminais, canais diferentes e próstata e estrutura externa pênis e saco escrotal.

DeCS/MeSH
Descritores em Ciências da Saúde

Adulto - Pessoa que atingiu crescimento total ou maturidade, vão dos 19 até 44 anos de idade, para uma pessoa entre 19 e 24 anos, está disponível o termo ADULTO JOVEM.

Conceitos - Autogestão Ineficaz da Saúde de homens adultos no contexto do **adocimento crônico**: explicação e desenvolvimento tecnológico.



Adocimento - ato ou efeito de adoecer (tornar-se doente, enfermar.)

Crônico - que dura há muito tempo.

DeCS/MeSH
Descritores em Ciências da Saúde

Doença Crônica - Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se esperar requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado. Para estudos epidemiológicos, doenças crônicas muitas vezes incluem **CARDIOPATIAS, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NEOPLASIAS** e diabetes (**DIABETES MELLITUS TIPO 2**).

Conceitos - Autogestão Ineficaz da Saúde de homens adultos no contexto do **adocimento crônico**: explicação e **desenvolvimento tecnológico**.

DeCS/MeSH
Descritores em Ciências da Saúde

Desenvolvimento tecnológico - desenvolvimento das capacidades tecnológicas.



Tecnologia: aplicação sistemática do conhecimento científico ou outro conhecimento organizado em atividades práticas.

Tecnologia em Saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.

Autogestão Ineficaz da Saúde de homens adultos no contexto do adoecimento crônico: explicação e desenvolvimento tecnológico.

Analisando de forma holística esses conceitos é possível observá-los à luz de Nola Pender que desenvolveu uma importante **Teoria da Promoção da Saúde (TPS)**, com enfoque para a promoção e manutenção da vida por meio da modificação de hábitos de vida e comportamentos de risco, trazendo a prevenção como pilar necessário para a saúde e como um dos grandes conceitos desta teoria o conceito de **pessoa** que é abordado como o indivíduo com capacidade de tomada de decisão e resolutividade sobretudo apto a mudanças comportamentais em saúde, já o conceito de **enfermagem** atribui ao enfermeiro o papel fundamental de incentivador do autocuidado.

Victor, Lopes, Ximenes, 2005.

Teoria da Promoção da Saúde (TPS) - Nola Pender



Victor, Lopes, Ximenes, 2005.

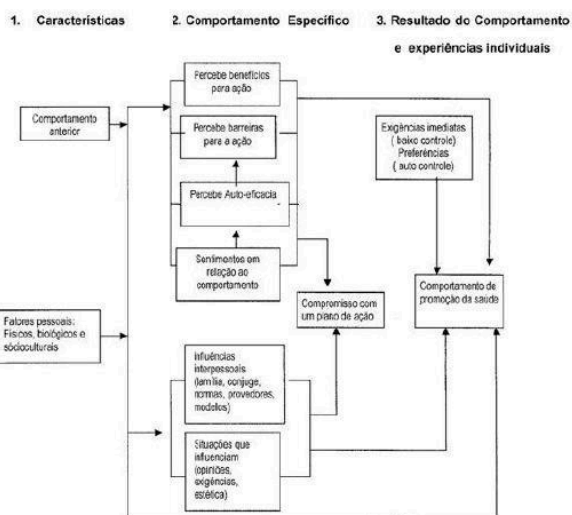


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*⁽¹⁹⁾

C - CONCEITOS - TPS - Características

Comportamento Anterior Relacionado

- frequência do comportamento igual ou semelhante no passado. Efeito

... tamentos de promoção da saúde.

TPS

Fatores Pessoais - classificados como biológicos, psicológicos e sócio-culturais.

Estes fatores são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento-alvo a ser

Tomey, Alligood, 2004.

T - Aplicação da temática na TPS

Comportamento Anterior Relacionado

Autogestão ineficaz da saúde - manejo insatisfatório de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica.

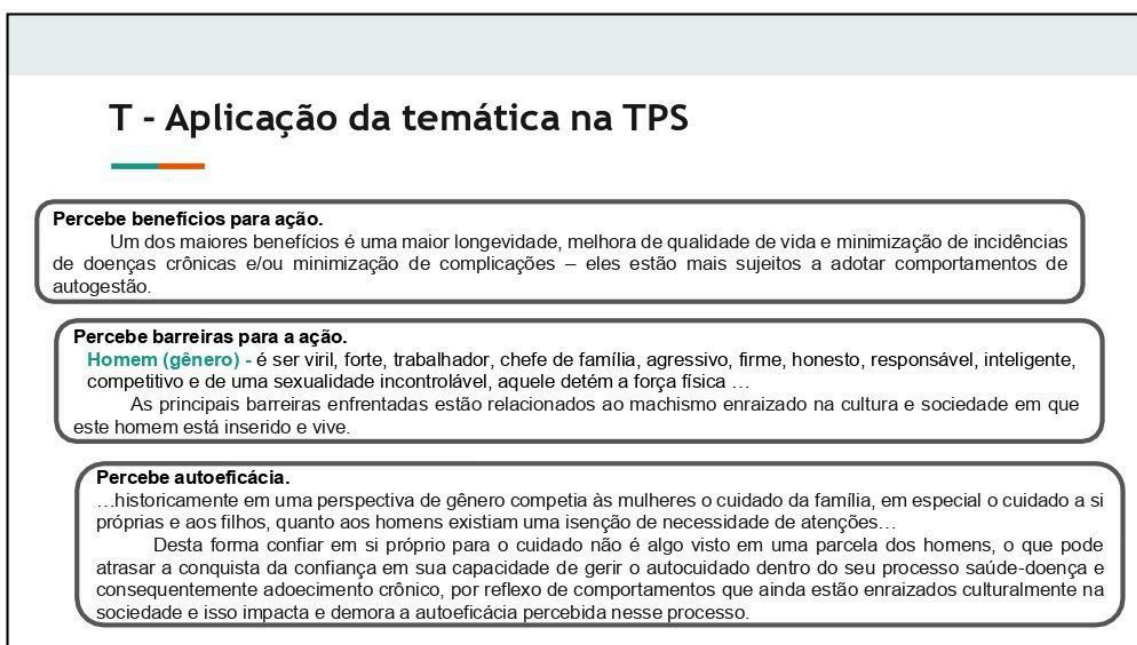
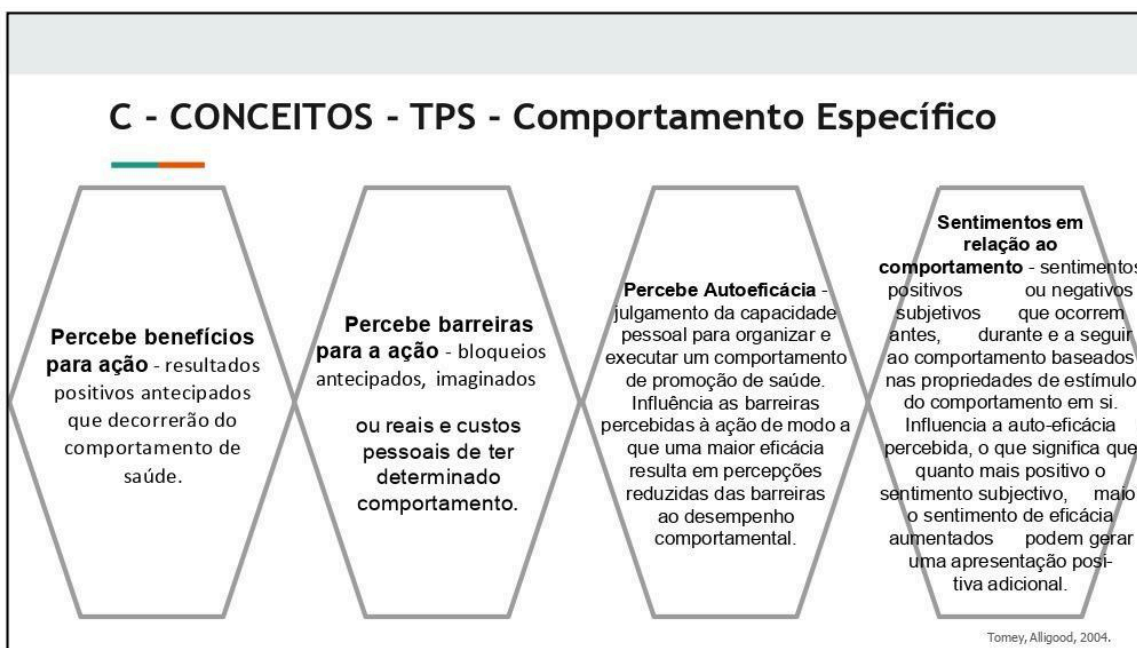
...A socialização masculina detém em sua multiplicidade a uma repulsa a práticas de autocuidado ou de outrem, pois historicamente em uma perspectiva de gênero competia às mulheres o cuidado da família, e aos homens existiam uma isenção de necessidade de atenções, por culturalmente a eles não existiam vulnerabilidade a doenças, desta forma não existindo portanto necessidade de ações de promoção e prevenção à saúde para esta parte da população...

Fatores Pessoais

Homem (sexo) - formação genética "XY", com presença das gônadas testículos, com estrutura interna da genitália composta pelas vesículas seminais, canais diferentes e próstata e estrutura externa pênis e saco escrotal. **Homem (gênero)** - é ser viril, forte, trabalhador, chefe de família, agressivo, firme, honesto, responsável, inteligente, competitivo e de uma sexualidade incontrolável, aquele detém a força física e, logo, o poder e a autoridade sobre o feminino.

Adulto - Pessoa que atingiu crescimento total ou maturidade, vão dos 19 até 44 anos de idade, para uma pessoa entre 19 e 24 anos, está disponível o termo ADULTO JOVEM.

...Características de resistência, vigor e não fragilidade aos homens, onde tais concepções culturais impactam nas suas ações frente a condução da sua própria saúde postergando a procurar por avaliação médica resultando em diagnósticos tardios e piores prognósticos nesta população estudada...



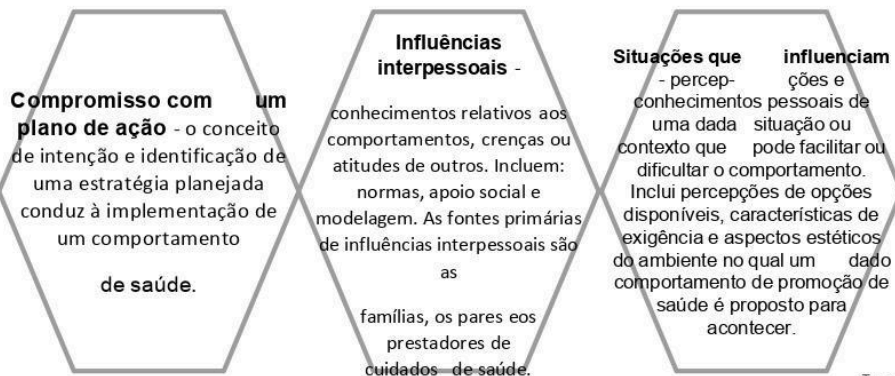
T - Aplicação da temática na TPS

Sentimentos em relação ao comportamento.

...As iniquidades sociais ao qual convive, com necessidade de readaptação na realização de suas atividades que possuía antes do diagnóstico como estudo ou trabalho, e até mesmo a dificuldade de ingresso ao mercado de trabalho após iniciar o tratamento ocasionam diversos problemas a níveis psicológicos, como casos de depressão, ansiedade, mudanças comportamentais, que implicam no seu adoecimento, bem como na adequação ao tratamento proposto e na sua qualidade de vida...

Sentimentos de medo, e pavor, principalmente por em sua maioria terem assimilado a sua rotina e vida a ideia do viril, do forte, do que não adocece, impacta diretamente em como se sentem frente ao adoecimento crônico, aceitar o processo, e se adaptar as novas rotinas, influenciando de forma negativa no seu comportamento de autogestão e autocuidado da sua saúde.

C - CONCEITOS - TPS - Comportamento Específico



Tomey, Allgood, 2004.

T - Aplicação da temática na TPS

Compromisso com um plano de ação.

Doença Crônica - Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se esperar requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado. Para estudos epidemiológicos, doenças crônicas muitas vezes incluem CARDIOPATIAS, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NEOPLASIAS e diabetes (DIABETES MELLITUS TIPO 2).

Entender a necessidade do comprometimento com o plano terapêutico para uma maior sobrevida e uma melhor qualidade de vida.

Influências Interpessoais.

Tecnologia em Saúde - medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.

Aplicabilidade das tecnologias a favor da autogestão do cuidado no adoecimento crônico. Possuem maior apoio em uma perspectiva social dentro da família no processo do adoecimento crônico.

Situações que influenciam.

Homem (gênero) - é ser viril, forte, trabalhador, chefe de família, agressivo, firme, honesto, responsável, inteligente, competitivo e de uma sexualidade incontrolável, aquele detém a força física e, logo, o poder e a autoridade sobre o feminino.

Comportamentos mais perigosos, maior incidência em condutas violentas e ações arriscadas ocasionando em maiores índices de morte por acidente de trânsito, homicídios. Além de hábitos não saudáveis de maior uso de álcool e drogas.

C - CONCEITOS - TPS - Resultado do Comportamento e experiências individuais.

Exigências Imediatas e Preferências - as exigências de competição são os comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos têm um controle reduzido porque exigem contingências ambientais, tais como o trabalho ou as responsabilidades de cuidar da família. As preferências de competição são comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos exercem um controle relativamente grande, tais como a escolha de um gelado ou uma maca para o lanche.

Comportamento de promoção da saúde - fim ou resultado de ação orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos tais como o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva. Exemplos de comportamento de promoção de saúde são seguir uma dieta saudável, fazer exercício físico regular, controlar o stress, ter repouso e um crescimento espiritual adequados e construir relações positivas.

T - Aplicação da temática na TPS

Exigências Imediatas e Preferências.

...necessidade de readaptação na realização de suas atividades que possuía antes do diagnóstico como estudo ou trabalho, e até mesmo a dificuldade de ingresso ao mercado de trabalho...

...em especial quando o doente acometido é o chefe da sua família, principal responsável pelo sustento do lar... A renda, associada as condições sociais ao qual o indivíduo está inserido influência no surgimento de doenças, bem como nos seus fatores de riscos, com uma influência maior aos relacionados aos hábitos de vida...

Impacto no eficácia da aplicabilidade do plano terapêutico pela dificuldade de conciliar seus cuidados, uso de insumos, e acompanhamento por profissionais de saúde a realidade e necessidade do seu trabalho.

Comportamento de promoção da saúde.

...modificação é quanto aos hábitos de vida, desde ao consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física e ao enfrentamento pessoal a possíveis situações estressoras do dia-a-dia...

E - Dados Empíricos - TPS

A ASA foi elaborada a partir de estudos com base na Teoria do Autocuidado de Orem, da qual se entende como capacidade de autocuidado a habilidade do ser humano para realizar as práticas no cuidado de si, na relação entre indivíduo e o ambiente.

A ASA é composta por 24 itens, em uma escala com variação de quatro pontos onde o número 1 (nunca) corresponde ao menor valor na capacidade do autocuidado, o 2 (quase nunca), o 3 (quase sempre) e o 4 (sempre) equivale a máxima habilidade do sujeito.

O resultado global varia de 24 a 96 pontos. A pontuação entre 24-48 significa baixa capacidade de autocuidado; 49-72 regular capacidade de autocuidado e 73-96 boa capacidade de autocuidado.

ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO(ASA-A)

Item	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, preciso fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2- Geralmente vejo as coisas segundo o que são para manter minha saúde saudável.	1	2	3	4	5
3- Quando tenho dificuldade para resolver alguma coisa de meu corpo, preciso dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4- Preciso manter tempo e vontade de fazer exercícios.	1	2	3	4	5
5- Quando necessário, tento fazer exercícios para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
6- Sempre que posso, cuido de mim.	1	2	3	4	5
7- Preciso de maiores cuidados de cuidados de mim.	1	2	3	4	5
8- Tenho muito interesse por exercícios, para manter a minha saúde.	1	2	3	4	5
9- Preciso alimentar-me de maneira saudável para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
10- Quando necessário, preciso um tempo para estar com o médico.	1	2	3	4	5
11- Sempre que posso, faço exames laboratoriais a cada 6 meses.	1	2	3	4	5
12- Cuido de pensar em mim, ao mesmo tempo que penso em outros.	1	2	3	4	5
13- Tratamento dental é suficiente para mim, ao longo da vida.	1	2	3	4	5
14- Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para entender melhor que elas são.	1	2	3	4	5
15- De tempos em tempos avalio o meu corpo para ver se há alguma alteração.	1	2	3	4	5
16- Anão de tomar um remédio por pouco tempo, mesmo se eu não sinto algum problema.	1	2	3	4	5
17- No passado, senti alguns dos meus sintomas anteriores para entender minha saúde.	1	2	3	4	5
18- Normalmente, não procuro cuidados para manter minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5
19- Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável estão dando bons resultados.	1	2	3	4	5
20- No meu dia-a-dia, geralmente encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
21- Não tenho algum problema de saúde, se consigo informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22- Preciso saber quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
23- Sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
24- Mesmo tendo dificuldades para encontrar alguma parte de meu corpo, geralmente consigo cuidar-me com sucesso.	1	2	3	4	5

Referências

Tomey AM, Alligood MR. Significado da teoria para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência; 2004. p. 699 - 718.

Víctor, Janaína Fonseca, Lopes, Marcos Venícios de Oliveira e Ximenes, Lorena Barbosa. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2005, v. 18, n. 3 [Acessado 19 Outubro 2023], pp. 235-240. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>>. Epub 27 Set 2007. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>.

Batista L. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg P. O clássico e o novo: tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p 209–21.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificações - 2021-2023. 12 ed. Porto Alegre: Artemed, 2021.

FIGUEIREDO, C. Novo Dicionário da Língua Portuguesa, Lisboa: Livraria Editora Tavares Cardoso & Irmão, 1899. Conceitos e Diferenças. https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/18434/18434_3.PDF.

OLIVEIRA e OLIVEIRA B.R., et al. Adesão de pacientes com doença renal crônica à Hemodiálise. Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e247856 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247856>. Disponível em:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/247856/38372>. Acesso em: 05/ de Outubro de 2022.

11/12/2023 - Seminário sobre teorias/teóricas de Enfermagem de interesse das discentes. Avaliação do componente – Faltei a aula.

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. está sendo convidado para participar da pesquisa “*Vivências de homens no cuidado à saúde*”, que faz parte de um projeto de pesquisa maior com o nome de “*Produção do cuidado e tecnologias sociais para a atenção e educação em saúde de homens no município de Salvador, Bahia, Brasil*”, desenvolvida pelo Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, vinculado ao Programa de Pós-Graduação, realizado sob a coordenação do professor e pesquisador Dr. Anderson Reis de Sousa. Este estudo está sendo realizado no município de Salvador, buscando compreender as vivências de cuidado à saúde do público masculino. Nesta pesquisa sua participação será responder a um roteiro de entrevista contendo uma lista de perguntas com questões fechadas sobre as suas características sociais, autocuidado, qualidade de vida, de saúde física, mental e espiritual, estresse, trabalho, família, situações de vulnerabilidade, e questões abertas sobre a sua vivência de cuidado com a saúde. Essa entrevista só será realizada por mim, pesquisador treinado e o Sr. Para que isso aconteça o Sr. terá o direito de escolher o melhor dia e horário para conversarmos, e faremos em um local reservado, sem a presença de outras pessoas. A entrevista será gravada, e utilizarei um gravador próprio, digital, caso o Sr. permita. Depois de realizar a entrevista, irei digitá-la em um computador e depois arquivar em um CD-ROM, para que se garanta a responsabilidade dos dados que foram coletados. Este material ficará na Universidade, em posse do grupo de pesquisa responsável. O Sr. poderá ter acesso ao conteúdo gravado e digitado, e, caso deseje, poderá fazer mudanças constantes no texto da entrevista. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o Sr. poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo comigo (pesquisador) ou com a instituição (UFBA). Gostaria também de informar que não haverá nessa participação nenhuma colaboração ou recompensa financeira, nem para o Sr. nem para mim (pesquisador), uma vez que este estudo não tem fins lucrativos e toda a participação nele é voluntária. Caso tenha algum dano comprovadamente causado pela pesquisa terá o direito a indenização. Mas gostaria de ressaltar que a sua participação é muito importante e irá trazer grandes contribuições e possíveis benefícios, se for realizada, tais como: melhoria do conhecimento sobre a saúde de homens e a assistência prestada nos serviços de saúde em Salvador, na Bahia e até mesmo no Brasil. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a melhoria da situação de saúde dos homens, a diminuição de adoecimento e mortes que poderiam ser evitadas. É importante que o Sr. saiba que alguns riscos poderão ocorrer durante sua participação, a exemplo de lembrar situações de saúde e adoecimento que lhe tragam tristeza, angústia, revolta ou indignação, constrangimento e/ou exaustão ao responder aos questionamentos e alteração da rotina diária. Caso isso aconteça, o Sr. poderá interromper a

entrevista e eu (pesquisador) compreenderei e tentarei acolhê-lo e respeitá-lo. É importante saber que as entrevistas não atrapalharão a suas atividades, nem os atendimentos de saúde e por isso organizarei o melhor momento para que a entrevista ocorra. As informações que forem coletadas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e serão garantidos o sigilo e o anonimato. Sendo assim nenhuma informação será divulgada com o seu nome, e não irão possibilitar a sua identificação. Os resultados dos estudos serão divulgados na forma de relatórios, artigos científicos, cartilhas, teses e livros e serão utilizados apenas para fins de pesquisa científica, sendo guardadas por até 05 anos e depois serão destruídos pelo pesquisador responsável. Para reduzir o da quebra de sigilo, serão tomados alguns cuidados quanto ao anonimato. Desse modo todos eu (pesquisador) tomarei alguns cuidados com o uso dos dados e o armazenamento deles, o que diminui o risco de identificação por outras pessoas. Caso aceite participar da pesquisa, o Sr. receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo ser retiradas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento de execução do projeto. Eu (pesquisador) estarei disponível para esclarecer todas as dúvidas sobre a pesquisa, antes e durante a realização desta, se necessário for. Se tiver o desejo de conhecer um pouco mais sobre o projeto, ficará uma cópia disponível do mesmo comigo (em mãos) e na Escola de Enfermagem da UFBA, para que o Sr. possa fazer a leitura. Como forma de garantir o retorno social desta pesquisa iremos realizar apresentações na Escola de Enfermagem e nos serviços de saúde pesquisados para todos que participaram, além do desenvolvimento de ações educativas com os homens e com os profissionais de saúde. Caso tenha interesse em participar, entraremos em contato por meio de ligação telefônica e divulgação nas unidades.

Salvador, Bahia, Brasil, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do entrevistado:

Escola de Enfermagem da UFBA. Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana, S/N, Canela. Salvador Bahia. CEP 40110-060. FONE:(71) 3283 7631 FAX: (71) 3332-4452. CEPEE.UFBA – Comitê de Ética em Pesquisa – Escola de Enfermagem da UFBA. Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana, S/N, Canela. Salvador Bahia. FONE:(71) 3283-7615. Site: <http://www.cepee.enf.ufba.br/>

Pesquisador Responsável
Escola de Enfermagem da UFBA

APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados - Análise empírica

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA</p> <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p> <p>FORMULÁRIO/ROTEIRO DE COLETA DE DADOS</p>
<p>Pesquisa: VIVÊNCIAS DE HOMENS NO CUIDADO À SAÚDE</p> <p>Pesquisador responsável: Coordenador: Dr. Anderson Reis de Sousa</p> <p>*Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA – Parecer de número: 3.313.517.</p>
<p>BLOCO 01: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS</p> <p>*Adaptação do instrumento utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Pesquisa Nacional de Saúde.</p>
<p>1.Data de nascimento: _____</p> <p>2.Raça/cor (autodeclarada): 1.(<input type="checkbox"/>)Branco 2.(<input type="checkbox"/>)Preta 3.(<input type="checkbox"/>)Parda 4.(<input type="checkbox"/>)Amarela 5.(<input type="checkbox"/>)Indígena 6.(<input type="checkbox"/>)Outra / qual _____</p> <p>3.Nacionalidade: 1.(<input type="checkbox"/>)Brasileira 2.(<input type="checkbox"/>)Naturalizado 3.(<input type="checkbox"/>)Estrangeiro País _____</p> <p>4.É inserido/oriundo de alguma comunidade tradicional (indígena, quilombola)? 1.(<input type="checkbox"/>) Sim 2.(<input type="checkbox"/>) Não</p> <p>5.Estado civil: 1.(<input type="checkbox"/>)Solteiro 2.(<input type="checkbox"/>)Casado 3.(<input type="checkbox"/>)União estável 4.(<input type="checkbox"/>)Separado/Divorciado 5.(<input type="checkbox"/>)Viúvo 6.(<input type="checkbox"/>)Outra/ qual _____</p> <p>6.Escolaridade: 1.(<input type="checkbox"/>) não estudou 2(<input type="checkbox"/>) Creche 3(<input type="checkbox"/>) Pré-escola (exceto CA) 4(<input type="checkbox"/>) Classe de Alfabetização - CA 5.(<input type="checkbox"/>) 1º grau incompleto 6.(<input type="checkbox"/>) 1º grau completo e fundamental incompleto 7. (<input type="checkbox"/>) fundamental completo e médio incompleto 8.(<input type="checkbox"/>) médio completo e superior incompleto 9.(<input type="checkbox"/>) superior completo</p> <p>7.Como considerava sua relação com a escola?1.(<input type="checkbox"/>) Ótima 2.(<input type="checkbox"/>) Boa 3.(<input type="checkbox"/>) Regular 4.(<input type="checkbox"/>) Ruim 5.(<input type="checkbox"/>) Péssima 6. (<input type="checkbox"/>) Não se aplica</p> <p>8.Com a universidade?1.(<input type="checkbox"/>) Ótima 2.(<input type="checkbox"/>) Boa 3.(<input type="checkbox"/>) Regular 4.(<input type="checkbox"/>) Ruim 5.(<input type="checkbox"/>) Péssima 6. (<input type="checkbox"/>) Não se aplica</p>

9. Identidade de gênero/política: 1.() Homem Cisgênero 2.() Homem Transgênero
3.() Intersexo 4.() Não binário 5.() Queer

10. Orientação sexual: 1.() Heterossexual 2.() Bissexual 3.() Gay 4.() Pansexual 5.() Assexual

11. Possui alguma deficiência? 1.() Auditiva 2.() Intelectual/Cognitiva 3.() Visual
4.() Física 5.() Outra 6.() Não Possui

***Cisgênero (Cis):** é o termo utilizado para se referir ao indivíduo que se identifica, em todos os aspectos, com o sexo/gênero atribuído ao nascimento ("gênero de nascença"). Por exemplo, uma pessoa que nasce com o órgão sexual vagina, se expressa socialmente conforme dita o papel de gênero feminino e se reconhece como uma mulher (identidade de gênero), logo, esta pode ser considerada uma mulher cisgênera.

***Transgênero (trans):** refere-se como "um termo abrangente para pessoas cuja identidade ou expressão de gênero (masculino, feminino ou outro) que não se reconhece com o sexo/gênero atribuído ao nascimento.

***Não Binário:** O gênero binário separa aqueles que se identificam como homens ou mulheres, simples assim. Gêneros não-binários, no entanto, não se encaixam perfeitamente dentro destes dois padrões e podem ser uma combinação de masculino e feminino.

***Queer:** Termo utilizado para designar pessoas fora do modelo tradicional de orientação sexual ou identidade de gênero.

***Intersexo:** Termo utilizado para designar uma variedade de condições em que uma pessoa nasce com uma anatomia reprodutiva ou sexual que não se encaixa na definição típica de sexo feminino ou masculino.

HABITAÇÃO / MOBILIDADE / ATIVIDADES DIÁRIAS

12. Tipo de moradia: 1.() casa 2.() apartamento 3.() outra Qual? _____

Condição de moradia: 1.() própria 2.() alugada 3.() pensionado 4.() residência universitária 5.() outra Qual? _____

13. Mora em qual bairro atualmente? _____

14. Com quem mora atualmente? 1.() sozinho 2.() companheira (o) 3.() filhos 4.() pais 5.() amigos (as) 6.() outra Quem? _____

15. Possui energia elétrica em casa? 1.() Sim 2.() Não

16. Água encanada? 1.() Sim 2.() Não

17. Rede de saneamento básico? 1. () Sim 2. () Não
18. Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora? 1. () muito insatisfeito 2. () insatisfeito 3. () nem satisfeito nem insatisfeito 4. () satisfeito 5. () muito satisfeito
19. Você dirige carro, moto e/ou outro veículo? 1. () Sim 2. () Não
20. Utiliza com maior frequência que tipo de locomoção? 1. () Carro 2. () motocicleta 3. () ônibus 4. () metrô 5. () bicicleta 6. () outro
21. Como considera sua capacidade de locomoção? 1. () muito ruim 2. () ruim 3. () nem ruim nem boa 4. () boa 5. () muito boa
22. Quem costuma fazer a faxina da sua casa? 1. () eu, sozinho 2. () o eu, com outra pessoa 3. () outra pessoa - Quem? _____
23. A parte mais pesada da faxina fica com: 1. () o sr 2. () outra pessoa 3. () ambos
24. Em uma semana, em quantos dias você realiza faxina da sua casa? 1. () Número de dias _____ 2. () menos de 1 vez por semana 3. () não quis responder
25. E quanto tempo costuma durar a faxina? Horas/Minutos _____
26. Em média, quantas horas por dia você costuma ficar assistindo à televisão? 1. () menos de 1 hora 2. () entre 1 e 2 horas 3. () entre 2 e 3 horas 4. () entre 3 e 4 horas 5. () entre 4 e 5 horas 6. () entre 5 e 6 horas 7. () mais de 6 horas 8. () Não assiste à televisão
27. No seu TEMPO LIVRE, você costuma usar computador, tablet ou celular para participar de redes sociais do tipo Facebook, para ver filmes ou para se distrair com jogos? 1. () sim 2. () não 3. () não sabe
28. Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), faz uso do computador, tablet ou celular ocupa por dia? 1. () menos de 1 hora 2. () entre 1 e 2 horas 3. () entre 2 e 3 horas 4. () entre 3 e 4 horas 5. () entre 4 e 5 horas 6. () entre 5 e 6 horas 7. () mais de 6 horas
29. Você tem fácil acesso às informações que precisa no seu dia a dia? 1. () Nada 2. () muito pouco 3. () médio 4. () muito 5. () completamente

RENDA / SITUAÇÃO ECONÔMICA

30. Qual a sua renda em reais? _____ /

31. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____ /
32. Você depende financeiramente de alguém? 1.() Sim 2.() Não 3.() Em partes – de quem _____
33. Recebe algum auxílio do governo? 1.() Sim 2.() Não
Qual _____
34. Quem provém o sustento da casa? 1.() Você 2.() Companheira(o) 3.() Família 4.() Ambos () Outros

TRABALHO / RELAÇÃO OCUPACIONAL

35. Possui alguma ocupação/atividade de trabalho? 1.() Sim 2.() Não // Qual a sua profissão/ocupação? _____
36. Situação no mercado de trabalho: 1.() Empregador 2.() Assalariado com carteira de trabalho 3.() Assalariado sem carteira de trabalho 4.() Autônomo com previdência social 5.() Autônomo sem previdência social 6.() Aposentado/Pensionista 7.() Desempregado 8.() Não trabalha 9.() Servidor público/militar 10.() Outro
37. Quantas horas por dia você trabalha? 1.() 4 a 6 2.() 8 a 12 3.() mais de 12
38. Realiza alguma atividade de trabalho perigosa? 1.() Sim, Qual(is)? _____ 2.() Não
39. No seu trabalho/ocupação, você carrega peso ou faz outra atividade pesada? 1.() Sim 2.() Não 3.() Não sabe
40. Em uma semana, em quantos dias você faz essas atividades pesadas no seu trabalho/ocupação? 1.() Número de dias _____ 2.() menos de 1 vez por semana 3.() não quis responder
41. Quando realiza essas atividades pesadas, quanto tempo costuma durar? Horas/minutos _____
42. Você faz algum trajeto a pé ou de bicicleta para o trabalho? 1.() sim, todo o trajeto 2.() sim, parte do trajeto 3.() não
43. Você gasta quanto tempo para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? 1.() menos que 10 minutos 2.() entre 10 e 19 minutos 3.() entre 20 e 29 minutos 4.() entre 30 e 39 minutos 5.() entre 40 e 49 minutos 6.() entre 50 e 59 minutos 7.() 60 minutos ou mais
44. Atualmente, você está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola? 1.() sim 2.() não 3.() não quis informar

45. Para ir ou voltar a este curso ou escola, você faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? 1.()Sim 2.()Não

46. Você anda bastante a pé no trabalho? 1.()Sim 2.()Não

47. Você já teve algum afastamento do trabalho? 1.()Sim 2.()Não

48. Você já sofreu algum acidente de trabalho? 1.()Sim 2.()Não

BLOCO 4: DADOS DE UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

*Adaptação do Instrumento PCATool-Brasil

Utiliza só o serviço público de saúde? 1.()Sim 2.()Não

Você possui do cartão SUS: 1.()Sim 2.()Não

Você possui plano de saúde privado? 1.()Sim 2.()Não

Você já realizou pelo menos uma consulta médica? 1.()Sim 2.()Não

Você já realizou uma consulta de Enfermagem/com uma enfermeira? 1.()Sim 2.()Não

Você já realizou ou realiza atendimento com dentista? 1.()Sim 2.()Não

Qual a frequência da ida ao dentista? 1.()Bimestral 2.()Semestral 3.()Anual

Você recebe visitas do Agente Comunitário de Saúde? 1.()Sim 2.()Não

Você frequenta a Unidade de Saúde da Família do Bairro? 1.()Sim 2.()Não

Você realiza que tipo de atendimento nos serviços? _____

Qual profissional de saúde você mais frequenta? _____

ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Como você Faz para ter acesso a unidade: 1.()Transporte público 2.()Automóvel particular 3.()Bicicleta 4. ()Andando 5.()Outro Qual (is) _____

Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu médico/enfermeiro na unidade de saúde da família do seu bairro,

antes de ir a outro serviço de saúde? 1. () Com certeza 2.() provavelmente, sim 3.() provavelmente, não, 4.() com certeza, não 5.() não lembro

Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu médico/enfermeiro na USF, antes de ir a outro serviço de saúde? 1. () Com certeza 2.() provavelmente, sim 3.() provavelmente, não, 4.() com certeza, não 5.() não lembro

Quando você tem que consultar um especialista, o seu médico/enfermeiro na unidade de saúde da família do seu bairro, encaminha você obrigatoriamente? 1. () Com certeza 2.() provavelmente, sim 3.() provavelmente, não, 4.() com certeza, não 5.() não lembro

Qual a frequência da sua procura por um serviço de saúde? 1.() Semestral 2.() Biental 3.() Anual 4.() Se necessário 5.() Quando estou com algum sintoma

Que tipo de serviço de saúde você costuma frequentar? 1.() Unidade de Saúde da Família 2.() Pronto Socorro 3.() Ambulatório 4.() UPA 5.() Hospital 6.() Serviço Especializado

Qual o principal motivo da procura por um serviço de saúde? 1.() promoção 2.() prevenção 3.() tratamento 4.() reabilitação

A unidade de saúde do seu bairro fica aberta no sábado ou domingo? 1. () Com certeza 2.() provavelmente, sim 3.() provavelmente, não, 4.() com certeza, não 5.() não lembro

A unidade de saúde do seu bairro fica aberta algumas horas durante à noite nos dias úteis? 1. () Com certeza 2.() provavelmente, sim 3.() provavelmente, não, 4.() com certeza, não 5.() não lembro

Quando a unidade de saúde do seu bairro está aberta e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia? 1. () Com certeza 2.() provavelmente, sim 3.() provavelmente, não, 4.() com certeza, não 5.() não lembro

Quando a unidade de saúde do seu bairro está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? 1. () Com certeza 2.() provavelmente, sim 3.() provavelmente, não, 4.() com certeza, não 5.() não lembro

Quando a unidade de saúde do seu bairro está FECHADA, existe algum número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? 1. () Com certeza 2.() provavelmente, sim 3.() provavelmente, não, 4.() com certeza, não 5.() não lembro

Quando a unidade de saúde do seu bairro está FECHADA no sábado e no domingo, e você fica doente, alguém te atende no mesmo dia? 1. () Com certeza 2.() provavelmente, sim 3.() provavelmente, não, 4.() com certeza, não 5.() não lembro

Quando a unidade de saúde do seu bairro está FECHADA, e você fica doente durante a noite, alguém te atende você naquela mesma noite? 1. () Com certeza 2. () provavelmente, sim 3. () provavelmente, não, 4. () com certeza, não 5. () não lembro

É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), na unidade de saúde do seu bairro? 1. () Com certeza 2. () provavelmente, sim 3. () provavelmente, não, 4. () com certeza, não 5. () não lembro

Onde você obteve informação sobre o serviço de saúde? 1. () Família 2. () Vizinhos 3. () Televisão/revista/jornal/rádio 4. () Por conta própria 5. () Indicação de um profissional da saúde 6. () Internet 7. () Outros: _____

Você já ficou internado no hospital? 1. () Sim 2. () Não

Qual o motivo da internação hospitalar? 1. () clínico 2. () cirúrgico 3. () estético 4. () acidente 5. () emergência

Você já realizou alguma cirurgia? 1. () Sim 2. () Não

Você participa ou já participou de algum grupo terapêutico de saúde? 1. () Sim 2. () Não

Você já ouviu falar sobre a Política Nacional de Saúde do Homem? 1. () Sim 2. () Não

Você já participou de alguma atividade sobre saúde do homem? 1. () Sim 2. () Não Onde? _____

QUESTÕES EMPÍRICAS NORTEADORAS

Questões centrais:

Conte-me como você vivencia o cuidado com a sua saúde?

Quais as razões para o cuidado com a sua saúde ocorram desta maneira?

Aponte-me o que você tem feito para cuidar da sua própria saúde? Há alguma influência no cuidado da sua saúde que seja relevante mencionar?

Conte-nos quais são as facilidades vivenciadas para tomar a decisão de cuidar da sua saúde? Descreva-me se você tem enfrentado alguma dificuldade para gerenciar a sua própria saúde?

*Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA – Parecer de número: 3.313.517.

APÊNDICE E - Checklist da versão traduzida e validada do guia *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research - COREQ*

CHECKLIST - CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH - COREQ – VERSÃO TRADUZIDA E VALIDADA.			
Souza VR, <i>et al.</i> Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia <i>COREQ</i> . Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. DOI: http://dx.doi.org/10.37689/actape/2021AO02631			
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
	Características pessoais		
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	p. 34.
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	p. 34.
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	p. 34.
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	p. 34.
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	p. 34.
	Relacionamento com os participantes		
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	-----
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	-----
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	-----
Domínio 2: Conceito do estudo			
	Estrutura teórica		
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	p. 33-36.

	Seleção de participantes		
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	p. 32-33.
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	p. 32, 34.
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	p. 32.
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	-----
	Cenário		
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	p. 32.
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	-----
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	p. 32-32.
	Coleta de dados		
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	p. 35,117.
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	-----
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	p. 35.
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	-----
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	p. 35.
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	-----

23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	-----
Domínio 3: Análise e resultados			
	Análise de dados		
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	p. 34-35.
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	p. 34-35.
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	p. 34.
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	p. 35.
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	-----
	Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	p. 70 – 75.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	p. 70 – 75.
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	p. 70 – 75.
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	p. 77 – 82.

ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO E TECNOLOGIAS SOCIAIS PARA A ATENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE HOMENS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL

Pesquisador: Anderson Reis de Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11851619.2.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.313.517

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa tem como objetivo desvelar e produzir tecnologia social para a produção do cuidado e atenção à saúde de homens no Estado da Bahia. Trata-se de um projeto a nível municipal, em Salvador-BA.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar e produzir cuidados e tecnologias sociais direcionadas à atenção à saúde de homens no município de Salvador, Bahia, Brasil, por meio de ações da educação em saúde visando ampliar os eixos propostos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Caracterizar a população masculina atendida nos níveis de atenção à saúde do município de Salvador, Bahia;

- Analisar a situação de saúde de homens nos níveis de atenção à saúde município de Salvador, Bahia, Brasil;
- Mapear e discutir as estratégias realizadas pelas equipes dos serviços de saúde no tocante a produção do cuidado e tecnologias sociais;
- Compreender como a PNAISH favorece o acesso dos homens no serviço de saúde.
- Analisar a percepção dos homens frequentadores dos serviços de saúde e em demais espaços de promoção sobre masculinidades;

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.313.517

- Investigar a interferência das masculinidades na promoção do cuidado à saúde por homens;
- Investigar a formação dos(as) profissionais de saúde com base em Gênero e Masculinidades;
- Analisar a existência de temáticas educativas com enfoque na categoria de análise masculinidade, gênero e integralidade da atenção nas práticas profissionais desempenhadas;
- Produzir tecnologia social com o enfoque direcionado às masculinidades e sua interface com o cuidado à saúde;
- Desenvolver ações de Educação para a saúde de homens nos serviços de saúde e demais espaços sobre masculinidades e o cuidado à saúde.
- Descrever o funcionamento dos programas de atendimento para os homens nos serviços de atenção à saúde;
- Investigar as ações desenvolvidas pelas equipes voltadas, nos diferentes níveis de atenção à saúde no município com o enfoque direcionado à saúde dos homens;- Analisar a percepção da equipe de saúde que atua nos diferentes níveis de atenção à saúde sobre cuidado direcionado à saúde de homens;- Analisar a percepção dos homens frequentadores dos serviços de saúde e em demais espaços de promoção sobre o cuidado/autocuidado/necessidades de saúde;
- Conhecer quais as facilidades e dificuldades da produção do cuidado direcionado à atenção à saúde do homem;
- Desvelar ações de promoção à saúde desempenhadas pelas equipes de saúde nos diferentes níveis de atenção;
- Produzir tecnologia social direciona a ampliação do acesso e difusão dos serviços de saúde ofertados, sobretudo os da Atenção Básica à Saúde;
- Desenvolver ações de Educação para a saúde de homens no âmbito dos serviços, como estratégia de ampliação do acesso e promoção do acolhimento em saúde.
 - Identificar a caracterização da situação da saúde sexual e reprodutiva de homens no município de Salvador, Bahia, Brasil;
 - Conhecer/descrever a produção do cuidado em saúde direcionada à saúde sexual e reprodutiva de homens no município de Salvador, Bahia, Brasil;
 - Conhecer a articulação/desarticulação dos serviços de saúde em consonância com a PNAISH no que tange a promoção de ações de saúde sexual e reprodutiva;
 - Investigar as experiências/vivências/comportamentos de homens em contexto das transições de identidades de gênero (saúde de homens trans);
 - Investigar as experiências/vivências/comportamentos de homens Heterossexuais, Gays,

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.313.517

- Bissexuais e Homens que fazem sexo com outros homens (HSH) sobre o cuidado à saúde;
- Investigar as práticas/comportamentos afetivos e sexuais de homens no município de Salvador, Bahia, Brasil;
 - Analisar as repercussões do adoecimento relacionado à saúde sexual para a saúde de homens;
 - Investigar experiências/vivências de homens em contexto de agravos à saúde sexual;
 - Investigar as experiências/vivências de homens em contexto de agravos à saúde urológica;
 - Investigar as experiências/vivências de homens em contexto de agravos à saúde reprodutiva;
 - Investigar as condições de trabalho e da estruturação das redes de atenção e apoio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisador descreve com riqueza de detalhes o compromisso ético com os participantes da pesquisa bem como suas ações para minimizar os possíveis riscos e desconfortos decorrentes da mesma. OS benefícios estão relacionados as contribuições significativas na melhoria da atenção à saúde de homens no município estudado, desvelando de modo panorâmico o reconhecimento das problemáticas que dizem respeito a condição de saúde e produções assistenciais direcionadas ao público masculino.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Participarão do estudo gestores, coordenadores de saúde, apoiadores técnicos, profissionais de saúde e usuários. Serão aplicados múltiplos métodos para apreensão do estado da arte, análise documental e da situação epidemiológica da situação de saúde de homens e produção do cuidado, assim como aplicação de questionários estruturados, entrevistas, grupos focais e oficinas em que serão cumpridos todos os requisitos éticos e de rigor na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apensados.

Recomendações:

Apresentar relatório parcial e final ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro parecer de APROVAÇÃO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.313.517

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1298296.pdf	12/04/2019 11:55:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MATRIZ_2019.doc	12/04/2019 11:46:05	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_CPDD.pdf	12/04/2019 11:45:46	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_CONJUNTO_PRISIONAL.docx	08/04/2019 19:34:29	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SMS_2.pdf	29/03/2019 15:36:49	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SMS_1.pdf	26/03/2019 18:26:12	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_IMAGEM.docx	26/03/2019 18:24:55	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.doc	26/03/2019 18:24:31	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3.docx	27/02/2019 13:30:59	Anderson Reis de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.doc	27/02/2019 13:22:58	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/02/2019 13:21:39	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/02/2019 13:21:16	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso.docx	27/02/2019 13:20:13	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_cep.docx	27/02/2019 13:20:03	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	confidencialidade.docx	27/02/2019 13:19:53	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	concordancia.docx	27/02/2019 13:19:45	Anderson Reis de Sousa	Aceito
Declaração de	autorizacao_institucional.docx	27/02/2019	Anderson Reis de	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.313.517

Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional.docx	13:16:12	Sousa	Aceito
Folha de Rosto	folha.docx	27/02/2019 13:15:13	Anderson Reis de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 08 de Maio de 2019

Assinado por:
Maria Carolina Ortiz Whitaker
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br