



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA KAROLINE BASTOS COSTA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE PESSOAS VIVENDO NO CONTEXTO DO
HIV

FORTALEZA

2022

ANA KAROLINE BASTOS COSTA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE PESSOAS VIVENDO NO CONTEXTO DO
HIV**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para conclusão do Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Área Temática: Cuidado em saúde em HIV/aids e doenças associadas

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Gimenez Galvão

FORTALEZA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C87c Costa, Ana Karoline Bastos.
Construção e validação de cartilha educativa para planejamento reprodutivo de pessoas vivendo no contexto do HIV / Ana Karoline Bastos Costa. – 2022.
114 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.
1. HIV. 2. Planejamento reprodutivo. 3. Promoção da saúde. 4. Tecnologia educacional. I. Título.
CDD 610.73
-

ANA KAROLINE BASTOS COSTA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE PESSOAS VIVENDO NO CONTEXTO DO
HIV**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para conclusão do Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 30/03/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Orientadora - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Lorena Barbosa Ximenes
Membro Efetivo - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^º. Dr^ª. Rosilane De Lima Brito Magalhães
Membro Efetivo - Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof^º. Dr^ª. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia
Membro Suplente – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus.

Aos meus pais, Rosa e Amarildo.

Aos meus avós Alba, Benedito, Franco (in
memorian), Ana (in memorian).

A minha família.

A todas as pessoas vivendo com HIV, que o
conhecimento seja libertador.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora, pela conclusão do Mestrado em Enfermagem, por terem me dado forças para enfrentar as dificuldades ao longo desses três anos e nunca terem me deixado desistir.

Aos meus pais, Rosa e Amarildo, pelo incentivo e orações diárias para que eu conseguisse concluir esse curso. Pela dedicação de sempre e apoio para que eu alcance todos os meus objetivos. Obrigada pelo imenso amor e cuidado. Todo esforço que faço é por vocês.

Ao meu irmão, por me estimular a alcançar meus objetivos.

Ao Rodrigo, por ser meu melhor amigo, por todo o amor e cuidado que tens por mim, pelos inúmeros conselhos e palavras motivacionais, pela sua paciência e companheirismo diante dos meus momentos de aflição. Agradeço a Deus por tê-lo ao meu lado, obrigada por tudo.

Aos meus filhos, em especial a Princesa e ao Toby, pela companhia e imensurável amor, todo esforço que faço também é por vocês.

A professora Marli, minha orientadora, por ser esse exemplo de profissional e ser humano, por todos esses anos de orientação, pelos valiosos conselhos, pela paciência e apoio, pela oportunidade de crescimento e por poder participar de um grupo de pesquisa acolhedor e edificante, sou muito grata por tudo.

A Ivana, por aceitar participar da banca avaliadora, pelas valiosas contribuições nesse trabalho, e também por todas as demais ajudas ao longo desses anos de participação no projeto, gratidão.

A Professora Lorena, pela orientação inicial e todas as indicações metodológicas, a senhora foi uma luz, é uma alegria poder contar com sua participação na banca avaliadora.

A Professora Rosilane, por aceitar compor a banca avaliadora, é um prazer poder contar com sua presença e sugestões desde a qualificação.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas (NEAIDS) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelas reuniões e conhecimentos compartilhados, em especial a Máisa pela grande ajuda na coleta de dados.

A todos os profissionais da saúde que contribuíram com a validação, obrigada pelas valiosas sugestões para melhoria do material.

Ao Gabriel, design gráfico responsável por dar vida ao conteúdo da cartilha, fez um belo trabalho, obrigada.

Às Pessoas vivendo com HIV atendidas no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídeo (HUWC) da Universidade Federal do Ceará e as da Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV pela contribuição neste trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC, pela excelência no ensino, por proporcionar crescimento científico, profissional e pessoal. Pelo incentivo financeiro para participação em eventos e com as análises estatísticas.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo consentimento de bolsa de mestrado.

“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro! ”
(Fernando Sabino)

RESUMO

O desejo de engravidar ou de escolher o melhor período para gestação na vigência do HIV é uma necessidade de cuidado em saúde. O aconselhamento reprodutivo desenvolvido por profissional de saúde debaterá com a mulher, homem ou casal diversas situações como condição clínica, tratamento atual, riscos envolvidos, reinfeção, aspectos psicológicos para identificar o período ideal para a concretização ou não da gravidez. Diante disso, realizou-se um estudo metodológico com o objetivo construir e validar uma cartilha direcionada ao planejamento reprodutivo de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). A tecnologia educativa é intitulada: “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo diante do HIV”. O estudo seguiu as fases: elaboração da cartilha; validação com juízes especialistas, adequação conforme sugestões dos juízes e validação com o público-alvo. O período do estudo foi de janeiro de 2020 a dezembro de 2021. A elaboração foi pautada em manuais do ministério da saúde e na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem. A população foi composta por 27 juízes especialistas e 22 PVHIV. O teste de legibilidade de Flesch foi aplicado no roteiro textual, obtendo um índice de 16,5, classificando o material como “muito difícil” de ler. Consideraram-se validadas as páginas que atingiram Índice de Validade de Conteúdo (IVC) $> 0,80$. Na validação com os juízes especialistas, a cartilha apresentou excelente IVC global (0,96), tornando-se assim o conteúdo validado com pelo menos 90% de concordância entre os avaliadores. No tocante à avaliação por meio do instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM), 91% do material foi classificado pelos juízes como um material com grau de recomendação “superior” para ser utilizada com PVHIV, apenas dois itens foram avaliados como adequados. Com relação à validação de aparência com o público-alvo foi aplicada a escala de letramento em saúde, observou-se que 90,9% dos participantes (n=20) possuem alta alfabetização. Quando aplicado o questionário dissertativo para avaliação da cartilha, observou-se 100% de concordância na maioria dos itens. Todos os participantes relataram que as figuras apresentadas ajudaram na compreensão do assunto, todas as páginas tiveram mais de 95% de clareza dos assuntos e 100% de concordância da relevância dos assuntos. A versão final é composta por 42 páginas. Em conclusão a cartilha direcionada ao planejamento reprodutivo de PVHIV é válida, com alto grau de recomendação pelos juízes especialistas para ser utilizada com a população-alvo e, as PVHIV a julgaram com alto grau de relevância e clareza, bem como a composição com figuras auxilia na compreensão dos assuntos.

Palavras-chave: HIV; Planejamento Reprodutivo; Promoção da Saúde; Tecnologia Educacional

ABSTRACT

The desire to become pregnant or to choose the best period for pregnancy in the presence of HIV is a health care need, whose reproductive counseling developed by a health professional will discuss with the woman, man or couple different situations such as clinical condition, current treatment, risks involved, reinfection, psychological aspects to identify the ideal period for the realization or not of the pregnancy. In view of this, a methodological study was carried out with the objective of building and validating a booklet aimed at the reproductive planning of people living in the context of HIV. The educational technology is entitled: "Resolving doubts about reproductive planning in the face of HIV". The study followed the following phases: elaboration of the booklet; validation with content judges, adequacy according to the judges' suggestions and validation with the target audience. The elaboration was based on manuals from the Ministry of Health and Orem's Self-Care Deficit Theory. The population consisted of 27 content judges and 22 people living with HIV. The Flesch readability test was applied to the textual script, obtaining an index of 16.5, classifying the material as "very difficult" to read. Pages of the booklet that reached Content Validity Index (CVI) > 0.80 were considered validated. In the validation with the expert judges, the booklet showed an excellent global CVI (0.96), thus making the content validated with at least 90% agreement between the evaluators. Regarding the evaluation of the booklet through the Suitability Assessment of Materials (SAM) instrument, 91% of the material was classified by the judges as a material with a "higher" degree of recommendation to be used with the target audience, only two items were considered. assessed as adequate. Regarding the validation of appearance with the target audience, the health literacy scale was applied, it was observed that 90.9% of the participants (n=20) have high literacy. When the essay questionnaire was applied to evaluate the booklet, 100% agreement was observed in most items. All participants reported that the figures presented help a better understanding of the subject. When evaluating the clarity of the topics covered in the booklet, all pages of the booklet were more than 95% clear. When evaluating the relevance of the subjects covered in the booklet, all pages of the booklet had more than 100% agreement. The final version of the booklet consists of 42 pages. It can be concluded that the technology developed is valid, with a high degree of recommendation by expert judges to be used with people living with HIV.

Keywords: HIV; Health Promotion; Family Planning; Educational Technology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CO	Contraceptivos Orais
CSC	Casais Soroconcordantes
CSD	Casais Sorodiscordantes
CCU	Câncer de Colo do Útero
DIU	Dispositivo Intrauterino
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LARC	Contraceptivos Reversíveis de Ação Prolongada
MC	Métodos Contraceptivos
MVHIV	Mulheres Vivendo com HIV
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
PEP	Profilaxia Pós-exposição
PF	Planejamento Familiar
PR	Planejamento Reprodutivo
PrEP	Profilaxia Pré-exposição
SAM	<i>Suitability Assesment of Materials</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social and Science</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados, Fortaleza, Ceará, 2021.....	32
Figura 2	Fluxograma de elaboração e validação da cartilha educativa, Fortaleza, Ceará, 2021.....	40
Figura 3	Ilustração representativa da capa da cartilha “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo diante do HIV”. Fortaleza, Ceará, 2021.....	52
Figura 4	Ilustração de páginas da cartilha “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo diante do HIV”. Fortaleza, Ceará, 2021.....	53
Gráfico 1	Clareza dos assuntos abordados na cartilha educativa. Fortaleza, Ceará, 2021.....	77
Gráfico 2	Relevância dos assuntos abordados na cartilha educativa. Fortaleza, Ceará, 2021.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos artigos selecionados quanto ao país de publicação autoria. Fortaleza, Ceará, 2021.....	32
Quadro 2	Caracterização dos artigos selecionados quanto ao nível de evidência e autoria. Fortaleza, Ceará, 2021.....	33
Quadro 3	Caracterização dos artigos selecionados no que diz respeito aos autores, tipo de estudo, público-alvo, intervenção e resultados. Fortaleza, Ceará, 2021.....	34
Quadro 4	Requisitos para definição de juízes especialistas e suas características estabelecidas para identificação e seleção. Fortaleza, Ceará, 2021.....	44
Quadro 5	Sugestões realizadas pelos juízes especialistas que foram acatadas. Fortaleza, Ceará, 2021.....	65
Quadro 6	Sugestões realizadas pelos juízes especialistas que não foram acatadas. Fortaleza, Ceará, 2021.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos juízes especialistas. Fortaleza, Ceará, 2021.....	58
Tabela 2	Caracterização social, acadêmica e profissional dos juízes participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, 2021.....	59
Tabela 3	Validação de conteúdo e aparência da cartilha. Fortaleza, Ceará, 2021.....	62
Tabela 4	Características sociodemográficas do público-alvo. Fortaleza, Ceará, 2021....	70
Tabela 5	Conhecimento sobre contracepção na vigência do HIV. Fortaleza, Ceará, 2021.....	72
Tabela 6	<i>Health Literacy Scale</i> . Fortaleza, Ceará, 2021.....	74
Tabela 7	Questionário dissertativo para avaliação da cartilha educativa. Fortaleza, Ceará, 2021.....	75
Tabela 8	Instrumento para avaliação da cartilha educativa quanto à compreensão. Fortaleza, Ceará, 2021.....	76
Tabela 9	Avaliação do grau de relevância das páginas da cartilha. Fortaleza, Ceará, 2021.....	78

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Contextualização do HIV.....	17
1.2	Planejamento Reprodutivo.....	18
1.3	Tecnologias em Saúde.....	22
1.4	Teoria Geral da Enfermagem de Orem.....	24
1.5	Justificativa e Relevância.....	26
2	OBJETIVOS.....	29
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	30
4	METODOLOGIA.....	40
4.1	Tipo de estudo.....	40
4.2	Elaboração da cartilha educativa.....	41
4.3	Validação da cartilha com juízes especialistas.....	42
4.4	Validação da cartilha com a população.....	47
4.5	Análise de Dados.....	49
4.6	Aspectos éticos e legais.....	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1	A Cartilha “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo diante do HIV”	51
5.2	Validação de conteúdo e aparência com juízes especialistas.....	58
5.2.1	<i>Caracterização dos juízes.....</i>	58
5.2.2	<i>Validação do Conteúdo e Aparência com juízes especialistas.....</i>	61
5.2.2.1	<i>Sugestões dos juizes para melhoria da cartilha.....</i>	65
5.2.2.2	<i>Avaliação da cartilha por meio do SAM.....</i>	67
5.3	Validação de aparência com o público-alvo.....	70
5.3.1	<i>Características sociodemográficas do público-alvo.....</i>	70
5.3.2	<i>Características clínicas, laboratoriais e histórico de infecções sexualmente transmissíveis do público-alvo.....</i>	71
5.3.3	<i>Características Familiares, Sexuais, Reprodutivas e Histórico de Gestações/Filhos do público-alvo.....</i>	72
5.3.4	<i>Desejo Reprodutivo.....</i>	72
5.3.5	<i>Conhecimento sobre contracepção na vigência do HIV.....</i>	72

5.3.6	<i>Health Literacy Scale</i>	74
5.3.7	<i>Questionário dissertativo para avaliação da cartilha educativa</i>	74
5.3.8	<i>Instrumento para avaliação da cartilha educativa quanto à compreensão</i>	76
5.3.9	<i>Instrumento para avaliação da cartilha educativa quanto à clareza, relevância e grau de relevância dos assuntos abordados na cartilha</i>	76
5.3.9.1	<i>GRAU DE RELEVÂNCIA</i>	78
6	CONCLUSÃO	80
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	89
	ANEXOS	102

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do HIV

Foram alcançados grandes avanços relacionados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A Terapia Antirretroviral (TARV) vem se aprimorando com a evolução da ciência e promovendo as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) uma maior sobrevivência e qualidade de vida graças ao acesso universal ao tratamento. A TARV é um dos contribuintes para formar o novo perfil do HIV, uma infecção crônica que traz outras demandas de suporte para esse público (GUIMARÃES, 2017).

Com a sobrevivência essas pessoas percebem que têm a oportunidade de realizar planos e ter um projeto de vida, assim os desejos de reprodução e construção de uma família podem estar presentes. PVHIV tem o direito de desejar a maternidade/paternidade, sendo essa uma demanda que deve ser respeitada e considerada pelos profissionais de saúde (REIS, 2013).

O Código de Ética Médica refere em seu artigo 42 sobre o direito que todo cidadão tem de decidir sobre ter ou não filhos, sendo vedado ao profissional médico desrespeitar o direito do paciente de decidir sobre métodos contraceptivos ou contraceptivos, cabendo-lhe ainda explicar sobre as indicações, segurança, reversibilidade e risco de cada método (CFM, 2009).

Pessoas vivendo ou convivendo com o HIV têm direito a continuar suas vidas em todos os aspectos, dentre eles o civil, profissional, afetivo e sexual, não podendo existir ações que restrinjam seus direitos completos a cidadania (ENONG, 1989). Portanto, no cuidado integral às PVHIV, faz-se necessária uma abordagem completa das suas vivências sexuais e de suas parcerias, que contemple a avaliação da infertilidade, a identificação das práticas sexuais de risco e Planejamento Reprodutivo (PR) (BRASIL, 2018).

Diante disso, o manejo das ações de atenção ao HIV requer um cuidado resolutivo, interligado e integral, que proporcione uma articulação entre todos os níveis de complexidade, ou seja, que vise a continuidade e universalidade dos serviços, e ainda, que sejam prestados por uma equipe multiprofissional (MAGNABOSCO et al., 2018).

Em 2018, a razão de infecção pelo HIV por sexo foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2019), sendo possível observar o processo de feminização do HIV devido as mudanças no perfil de indivíduos portadores do vírus, evidenciando um aumento no número de Mulheres Vivendo com HIV (MVHIV) (ABREU, 2016). Os fatores relacionados a esse processo são condição socioeconômica, situações de violência,

religiosidade, mulheres em união estável, estigma, prostituição, uso de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexual, relações afetivas prejudicadas e detentas (DIAS, 2015).

Esse processo de transformação do perfil da infecção também está relacionado à idade. Durante o período de 2007 a junho de 2019 observou-se que a maioria dos casos se encontrava na faixa etária de 20 a 34 anos (52,7%), sendo a população jovem, sexualmente ativa e em idade reprodutiva a de maior prevalência do HIV (BRASIL, 2019), convergindo para que questões relacionadas ao planejamento reprodutivo e a saúde sexual fossem inseridas no cuidado voltado às PVHIV.

Entre o ano de 2000 a junho de 2019 foram notificadas 125.144 gestantes com HIV no Brasil (BRASIL, 2019). Essa exposição de gestantes ao vírus pode ser resultado e reflexo da importância da preconização da realização dos testes rápidos de HIV para gestantes no início do pré-natal, no terceiro trimestre e no momento do parto. Esse rastreamento é fundamental para prevenção do HIV no recém-nascido, visto que a maneira mais efetiva de impedir a transmissão vertical é através do tratamento da gestante e do parceiro (BRASIL, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é importante que os serviços de saúde também ofereçam suporte para as parcerias sexuais, que contemplem testagem rápida e revelação mútua, envolvendo pessoas com sorologia conhecida ou desconhecida para o HIV (OMS, 2017).

O desejo de ter filhos é algo que deve ser abordado durante os atendimentos às PVHIV, proporcionando informações sobre os métodos mais seguros de concepção, bem como a respeito dos métodos de contracepção, mencionando ainda sobre os cuidados necessários durante a gestação, parto e puerpério. Ressalta-se que o planejamento reprodutivo é um direito de todo cidadão, podendo este escolher livremente ter ou não filhos (BRASIL, 2018).

Por fim, percebe-se a necessidade de mudança na abordagem do cuidado, na qual o planejamento reprodutivo não é apenas a oferta exclusiva de preservativos, mas contempla um conjunto de ações, tais como prevenção combinada, concepção e anticoncepção, e quando indicada a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-exposição (PEP) (BRASIL, 2019).

1.2 Planejamento Reprodutivo

De acordo com a Lei Federal nº 9.263 de 1996, o planejamento reprodutivo, também chamado de planejamento familiar, é um direito de todo cidadão e se caracteriza como um

conjunto de ações educativas, preventivas e/ou clínicas que tem como objetivo a regulação da fecundidade, garantindo direitos iguais de limitação ou aumento da descendência pela mulher, homem ou casal, proporcionando a assistência necessária para garantir a integralidade do cuidado. Permite também o controle do número de filhos, a escolha do momento adequado em que estes serão gerados, possibilitando evitar uma gravidez indesejada. Não obstante, é preconizado por meio dessa lei o controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, controle e prevenção do câncer de colo do útero, de mama e de pênis (BRASIL, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, nos países em desenvolvimento existem 214 milhões de mulheres em idade reprodutiva que desejam evitar a gravidez, mas não estão em uso de nenhum método contraceptivo moderno. As principais razões para isso são a baixa qualidade dos serviços disponíveis, o acesso limitado à contracepção, especialmente entre jovens, as barreiras baseadas em gênero, oposições culturais e religiosas, o medo ou experiência de efeitos colaterais e a escolha limitada dos métodos (WHO, 2018).

Dentre os métodos contraceptivos modernos estão: os contraceptivos orais combinados ou pílulas; comprimidos somente de progestogênio também chamados de minipílulas; os implantes; injetáveis mensais ou anticoncepcionais injetáveis combinados; injetáveis apenas de progestogênio; Dispositivo intrauterino (DIU); preservativos masculinos e femininos; esterilização masculina e feminina; pílulas anticoncepcionais de emergência, entre outros (WHO, 2018).

Os benefícios relacionados ao planejamento familiar são a redução da necessidade de abortos, principalmente os abortos inseguros; a diminuição da mortalidade infantil, visto que ao impedir uma gravidez indesejada o PR evita a morte de mães e filhos; ajudar na prevenção do HIV e demais IST; reduzir a gravidez na adolescência e retardar o crescimento populacional (WHO, 2018).

Ademais, o PR propicia a oportunidade de escolhas reprodutivas e o empoderamento das opções disponíveis, bem como a prevenção da gravidez indesejada, a infecção do parceiro, a reinfecção pelo HIV e/ou outras IST, além do oferecimento de informações e cuidados para garantir a prevenção da transmissão vertical. No entanto, muitos profissionais não têm o devido preparo para lidar com essa população, em decorrência de preconceitos e estigma, indo em contrapartida dos objetivos do programa de PF que é justamente identificar e atender as demandas reprodutivas das PVHIV (MASON, 2017).

As gestações em MVHIV estão aumentando com o passar dos anos, porém, não está claro se são advindas de gravidezes planejadas ou não planejadas. Salters (2017) realizou um estudo no Canadá com o intuito de identificar a intenção de engravidar e a incidência de

gravidez em MVHIV, ele concluiu que 60,8% do seu público apresentou gravidez não planejada. A ocorrência de uma gravidez indesejada está relacionada à déficits de cuidados pré-natais, aumento dos riscos de morbidade materna e infantil, e cuidados pós-parto realizados tardiamente, além de trazer sobrecarga psíquica à mulher. Nas MVHIV esses fatores são acentuados devido à necessidade de cuidados amplos e indispensáveis nessa população.

A assistência ao PR deve ser multidisciplinar e integrada de preferência, abrangendo atividades educativas, orientações, oferta de insumos e tecnologias que tratem de concepção e contracepção, ainda é importante a articulação, se necessário, com os outros serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Durante o PR é essencial que o profissional leve em consideração o conhecimento prévio das PVHIV e de seus parceiros acerca dos métodos de concepção e anticoncepção, respeitando as particularidades e vulnerabilidades de cada paciente. Ainda, todas as PVHIV devem ser orientadas sobre os riscos de transmissão sexual e vertical do HIV (BRASIL, 2018).

Os profissionais de saúde durante o aconselhamento reprodutivo relacionado aos desejos de engravidar devem debater com o paciente sobre sua condição clínica atual, tratamento, riscos envolvidos, analisando as expectativas, os aspectos psicológicos e socioeconômicos aos quais eles estão inseridos (BRASIL, 2018).

A abordagem das condutas na gestação deve incluir a prevenção da transmissão materno-infantil com a utilização de antirretrovirais específicos para a gestação. Deve-se informar que a via de parto pode ser escolhida dependendo do estado imunológico da paciente e da carga viral; ainda, é necessário o uso do AZT (Zidovudina) injetável para a prevenção da transmissão vertical, deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos três horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical para as gestantes vivendo com HIV com carga viral desconhecida ou detectável a partir da 34ª semana de gestação, ou com histórico de má adesão à TARV mesmo com carga viral indetectável. Nas gestantes que apresentem carga viral indetectável após a 34ª semana de gestação e que estejam em uso de TARV e com boa adesão, não é necessário uso de AZT profilático. Entretanto, independentemente da carga viral, o médico pode eleger ou não o uso do AZT intraparto endovenoso, a depender do seu julgamento clínico se houver risco de má adesão. É preciso também esclarecer que a amamentação não é recomendada devido aos riscos de transmissão vertical (BRASIL, 2022).

As principais orientações para parceiros soronegativos de PVHIV são: atualizar o esquema vacinal; orientar sobre o risco de transmissão do HIV e outras IST; oferecer testagem para o HIV, sífilis e outras IST, mesmo que assintomáticas; conscientizar o parceiro sobre a

importância da testagem sempre que ocorrer uma exposição de risco ou violência sexual; investigar o desejo reprodutivo; orientar sobre as medidas de prevenção combinada como PrEP e PEP; informar sobre os métodos de anticoncepção e concepção disponíveis (BRASIL, 2018).

Para as PVHIV são dadas orientações relacionadas à atualização da situação vacinal, deve-se garantir que elas estejam com boa adesão a TARV, em tratamento regular, assintomáticas, sem infecções oportunistas, com exames negativos para sífilis e outras IST, faz-se relevante ainda assegurar que tenham pelo menos dois exames de carga viral indetectável consecutivos, sendo dos últimos seis meses e orientar quanto aos potenciais riscos teratogênicos das medicações (BRASIL, 2018).

Quando o casal opta pela concepção deve-se orientar acerca da importância de a carga viral estar indetectável, dos riscos de transmissão sexual e vertical e das estratégias disponíveis para redução de risco. É importante também avaliar a fertilidade do casal e idade, bem como orientar sobre técnicas de identificação do período fértil da mulher, e por fim, orientar sobre a técnica mais adequada para concepção a depender do contexto clínico dos envolvidos (BRASIL, 2018).

No que concerne à anticoncepção, os métodos contraceptivos devem ser de livre escolha, a partir dos critérios de elegibilidade clínica. É fundamental estimular o uso do preservativo masculino ou feminino em todas as práticas sexuais, sejam os casais sorocordantes ou sorodiscordantes, visto que a camisinha é o único método seguro para prevenção do HIV e das demais IST. É imprescindível encorajar a dupla proteção, ou seja, o uso do preservativo associado a outro método contraceptivo, com o intuito de prevenir a gravidez indesejada e a transmissão de IST (BRASIL, 2013).

Ao abordar a prevenção combinada, uma medida a ser destacada é a PrEP. Trata-se da Profilaxia Pré-exposição de risco à infecção pelo HIV, no qual é feito o uso de antirretrovirais como forma de prevenção em pessoas que apresentam risco de contrair a infecção. As populações-chave são as mais indicadas para o uso da PrEP, são elas: Homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas, profissionais do sexo e pessoas transsexuais. No entanto, a PrEP também é indicada para casais sorodiscordantes, podendo ser utilizada pelo parceiro soronegativo para prevenção do HIV, ou ainda para auxiliar na concepção (BRASIL, 2017).

Apesar da política de PR ser bem elaborada, existem déficits na atenção, principalmente no que diz respeito às PVHIV. De acordo com a literatura, são constantes as falhas contraceptivas, a utilização errada e inconsistente do preservativo, a falta de conhecimentos sobre os anticoncepcionais de emergência e a falta de recursos nas unidades de atendimento.

Adicionalmente, a não integração dos serviços de atenção ao HIV e PR também é relatada, bem como o despreparo e estigma por parte dos profissionais (ADENIYI, 2018).

Felizmente, a maior parte das falhas nos serviços de PR podem ser resolvidas por profissionais que sejam capacitados e comprometidos, que forneçam aos pacientes uma atenção individualizada. Nesse contexto, o enfermeiro possui conhecimentos científicos baseados em teorias e normas que permitem uma assistência de qualidade (MEIRELES, 2014). E, para que essa assistência seja adequada, é necessário que seja estabelecida uma relação entre o enfermeiro e o paciente, proporcionando ao profissional melhores condições para identificação dos problemas e diagnóstico da situação, possibilitando o oferecimento de contribuições para a manutenção do autocuidado (PIRES, 2015).

1.3 Tecnologias em Saúde

Segundo Merhy (1997) as tecnologias relacionadas ao trabalho em saúde podem ser classificadas em tecnologia leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve é aquela que executa relações do tipo produção de vínculos, acolhimento, autonomização e gestão como meio de gerenciar o processo de trabalho. As tecnologias leve-duras referem-se aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde. Finalmente, as tecnologias duras fazem referência à utilização de equipamentos como máquinas, estruturas organizacionais e normas.

Com relação à educação em saúde, o Ministério da Saúde define como um processo educativo que promove a construção de conhecimentos em saúde buscando à apropriação temática pela população; e ainda como um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012).

No contexto das tecnologias sendo aplicadas nas práticas de educação em saúde surgem as tecnologias educacionais, as quais abrangem técnicas para modernizar o processo de educação, sendo estratégias úteis que auxiliam durante as atividades de educação em saúde o compartilhamento de informações em saúde por parte da população (SILVA, CARREIRO e MELLO, 2017).

Materiais educativos impressos têm por finalidade propiciar informações acerca de promoção da saúde, prevenção de doenças, formas de tratamento e autocuidado, tendo como exemplos folhetos, panfletos, folder e livretos (BERNIER, 1996). Esses são utilizados para

transmitir mensagens de saúde, devendo comunicar a ideia de forma clara, assegurando o entendimento e facilitando o processo de aprendizagem. Além disso, esses instrumentos devem ser planejados, avaliados e produzidos de acordo com a demanda do paciente, adequando-se às particularidades de cada grupo (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Dentre os materiais educativos impressos destaca-se a cartilha educativa, cujo objetivo é oferecer conhecimentos para pacientes e pessoas envolvidas no cuidado em saúde, como familiares, cuidadores e a comunidade, visando subsidiar a tomada de decisão a respeito da sua saúde (REBERTE, 2008).

O uso das tecnologias educativas pode facilitar a transmissão de informações e sensibilização das pessoas, oportunizando a construção compartilhada de conhecimentos e a promoção da saúde da população, com possibilidade de ajudar o paciente a realizar uma leitura posterior do material, o que poderá contribuir para a consolidação das orientações oferecidas durante sua aplicação, subsidiando a tomada de decisão e o esclarecimento de eventuais dúvidas (BENEVIDES et al., 2016).

As tecnologias educacionais em saúde podem ser utilizadas com diversos públicos, desde pacientes crônicos (BENEVIDES, et al., 2016; Pessoa *et al.*, 2019), a pacientes em unidades de internação (MENDES *et al.*, 2014), assim como para profissionais de saúde (MENEGAZ *et al.*, 2016), incluindo os enfermeiros (JASMIM *et al.*, 2018).

1.4 Teoria Geral da Enfermagem de Orem

O presente estudo utilizará como referencial teórico a Teoria Geral de Enfermagem de Orem. Considerada uma das grandes teorias da enfermagem, foi desenvolvida por Dorothea Elizabeth Orem, uma enfermeira estadunidense, entre 1958 e 1985. Inicialmente foi publicado o “*Nursing: concepts of practice*”, em português conceitos de autocuidado, em 1971, e sua terceira edição publicada em 1985, abordou a Teoria Geral da Enfermagem (OREM, 1985).

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é formada por três constructos teóricos inter-relacionados: 1. A Teoria do Autocuidado; 2. A Teoria do Déficit do Autocuidado; 3. A teoria dos Sistemas de Enfermagem. A Teoria retrata sobre o que determina que o ser humano necessite dos cuidados de enfermagem, já que quando esse é capaz, é responsável por cuidar de si, exercer seu autocuidado (FOSTER; JANSSEN; OREM; 2000).

A primeira teoria é a Teoria do Autocuidado, que se refere à realização do autocuidado em si, das capacidades e exigências terapêuticas, assim como engloba os requisitos necessários para o autocuidado, e ainda justifica porque o autocuidado é necessário para a saúde. As

capacidades são condicionadas por fatores como idade, experiências de vida, orientação sociocultural, estado de desenvolvimento, saúde e recursos disponíveis (GEORGE, 2000).

A segunda é a Teoria do Déficit de Autocuidado, a qual especifica quando são necessárias as intervenções de enfermagem para auxiliar o ser humano na execução e busca do autocuidado devido um déficit no mesmo, sendo solicitada a ação da enfermagem no oferecimento de ajuda quando um indivíduo não é capaz ou tem limitações para exercer seu autocuidado de modo contínuo e eficaz. A partir disso, Orem delimita cinco métodos de ajuda que a enfermagem pode aplicar para promover esse processo cuidativo: agir ou fazer para o outro indivíduo; orientar e guiar outra pessoa; amparar com apoio holístico; fornecer um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; e ensinar ao outro (GEORGE, 2000).

Além disso, a Teoria do Déficit do Autocuidado é uma forma de oferecer cuidados de enfermagem para pacientes crônicos, sendo utilizada inicialmente para reabilitação e cuidados primários. Por fim, percebe-se que o cuidado é direcionado as necessidades reais dos indivíduos e ainda permite à pessoa assistida receber cuidado de forma holística (FOSTER; JANSSEN; OREM; 2000). Por se tratar de uma teoria que abrange pacientes crônicos, essa pode ser aplicada às PVHIV.

Finalmente, a terceira teoria é a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que se baseia nas necessidades de autocuidado dos indivíduos e que para compensá-los existe a demanda dos cuidados da enfermagem. Explica ainda a forma que as pessoas são ajudadas pela enfermagem e aborda as capacidades dos pacientes para executar as atividades de autocuidado (GEORGE, 2000).

De acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, os sistemas de enfermagem são classificados em três: sistema totalmente compensatório, quando o indivíduo é incapaz de aderir as atividades de autocuidado; sistema parcialmente compensatório, neste o enfermeiro e o paciente estão engajados nas ações do autocuidado; e sistema de apoio-educação, onde subtende-se que a pessoa que recebe orientação e assistência é capaz de desempenhar as condutas inerentes ao autocuidado (GEORGE, 2000).

Orem define o conceito de autocuidado como a prática de atividades, iniciadas e desempenhadas pelas pessoas em benefício próprio, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, sendo responsáveis por gerir seu funcionamento e desenvolvimento (OREM, 1985).

Na literatura, estudos abordam o autocuidado de pacientes crônicos, por exemplo, uma revisão integrativa sobre paciente renal crônico e a Teoria do Autocuidado de Orem objetivou demonstrar a importância da aplicação da teoria na avaliação e execução de planos e medidas para promover a qualidade de vida desses pacientes. Essa pesquisa identificou que a atuação do

enfermeiro como promotor do autocuidado foi fundamental, sendo seu papel indispensável na reabilitação desses pacientes, viabilizando-o retornar suas atividades diárias e reestabelecer a saúde (CARVALHO, TAVARES, 2018). Esse estudo ressalta a importância da Teoria de Orem para promoção do autocuidado desses indivíduos.

A teoria de Orem destacou-se no cenário das teorias de enfermagem aplicadas aos pacientes hospitalizados (CALIARI, GONÇALVES, SOUZA, 2017). Ademais, a teoria Geral de Enfermagem de Orem também vem sendo utilizada como referencial teórico para a construção de tecnologias educacionais de pacientes renais crônicos para promoção do autocuidado (PESSOA et al., 2019).

Já na vertente do HIV, também considerada uma doença crônica (GUIMARÃES *et al.*, 2017), a Teoria de Orem foi utilizada para construção de um instrumento de consulta de enfermagem para pessoas com coinfeção HIV/tuberculose (FEIJÃO *et al.*, 2015) e também na construção de instrumento para consulta de enfermagem para pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (GUEDES, 2017).

Estudo que analisou a utilidade da Teoria do autocuidado na assistência às mulheres vivendo com aids, evidenciou que a teoria foi fundamental para avaliar a capacidade e os déficits das mulheres com HIV/aids com relação ao autocuidado. Ressaltou ainda diferentes cenários de utilização da teoria, direcionados a diversos objetivos de autocuidado dessas mulheres (LOPES *et al.*, 2015).

Diversos estudos de construção de cartilhas educativas também utilizaram a Teoria de Orem como referencial teórico, desde materiais voltados para pacientes internados (MENDES *et al.*, 2014), como para profissionais da saúde (MENEGAZ *et al.*, 2016) e específicas para o desenvolvimento de competências do enfermeiro (JASMIM *et al.*, 2018).

Diante do exposto, percebe-se que a Teoria de Orem vem sendo amplamente utilizada, tanto em estudos envolvendo o autocuidado de pacientes crônicos, como na construção de instrumentos para a consulta de enfermagem, e na elaboração de materiais educativos para pacientes e profissionais. Portanto, o presente estudo optou por utilizar essa teoria como referencial teórico, mais precisamente seu segundo constructo teórico, a Teoria do Déficit do Autocuidado.

1.5 Justificativa e Relevância

Um estudo prévio realizado pelo projeto ao qual pertence a autora da pesquisa identificou que o conhecimento sobre planejamento reprodutivo das mulheres atendidas em um

ambulatório de atendimento especializado para PVHIIH foi limitado por falta de orientações dos profissionais de saúde (LIMA *et al.*, 2017), o que demonstra a necessidade de um material educativo abordando o tema para colaborar com a aquisição de conhecimentos dos pacientes e até para auxiliar os profissionais nas consultas. Logo, esse trabalho buscou desenvolver uma tecnologia educacional visando promover o planejamento reprodutivo de PVHIV.

As atividades educativas realizadas durante a aplicação do material poderão possibilitar a leitura e entrega da cartilha, podendo contribuir para o empoderamento das PVHIV, dando-lhes a oportunidade de ter conhecimento acerca de uma temática muito importante que é o planejamento reprodutivo, favorecendo a tomada de decisão consciente sobre ter ou não filhos na vigência do HIV.

Desse modo, surgiu o interesse em realizar a construção de uma cartilha educativa a ser utilizada no planejamento reprodutivo dessas pessoas, com o objetivo de oferecer conhecimento sobre as formas adequadas de concepção e contracepção, a depender da escolha do indivíduo ou casal, tornando-os conscientes e responsáveis por suas decisões, com vistas a evitar práticas que coloquem em risco a saúde do bebê, ou do parceiro.

A literatura e a prática clínica demonstram a existência de deficiências nos programas de PR, sendo os estudos de intervenção são pouco inovadores. Diante dessa problemática, é preciso buscar novos meios para auxiliar as mulheres em suas tomadas de decisão relacionadas à reprodução (LOPEZ *et al.*, 2016). Por outro lado, se faz necessário incluir os homens nesses estudos, pois eles também necessitam de auxílio em suas escolhas reprodutivas. Nesse contexto, a presente pesquisa pretende abranger tanto homem como mulher, possibilitando difundir conhecimentos entre os profissionais e a sociedade, bem como promover o compartilhamento de conteúdo científico que poderá subsidiar futuros estudos.

Uma resposta eficaz à prevenção do HIV é atender às necessidades de PR dessa população. Estudo realizado no Nepal aponta que o uso de métodos eficazes de PR por PVHIV é baixo, sendo necessárias sessões de aconselhamento nos serviços abordando sobre métodos de PF além do preservativo (POKHAREL *et al.*, 2018). Percebe-se a importância do aconselhamento reprodutivo realizado por um profissional capacitado.

A gravidez não planejada teve alta prevalência em estudo realizado na África (71%), por outro lado, houve uma redução significativa entre as mulheres que foram expostas a serviços integrados de HIV e PR (ADENIYI, 2018). É possível observar a relevância de inserir o PF nos serviços de acompanhamento do HIV.

A integração de serviços de PR ao tratamento do HIV foi abordada em um estudo desenvolvido no Malauí, onde foi implementado um sistema de prontuário eletrônico. O uso

dessa tecnologia levou os profissionais de saúde a encorajarem o uso de contraceptivos, além disso, o número de mulheres que passaram a usar métodos contraceptivos melhorou significativamente, de 18% para 39% (TWEYA *et al.*, 2017). A utilização de ferramentas como uma cartilha educativa podem influenciar na adoção de métodos de concepção ou contracepção.

Um estudo qualitativo de criação de um kit de ferramentas direcionadas ao aconselhamento para a concepção mais segura na vigência do HIV oportunizou observar relatos de casais com HIV, com menção sobre a importância do aconselhamento de concepção segura por profissionais de saúde, e da disponibilização do kit de aconselhamento como ferramenta para promover a saúde da mulher e da criança, ofertando autonomia reprodutiva para os casais com HIV, além de ajudar a dissipar o estigma e os medos associados à reprodução envolvendo PVHIV (MMEJE *et al.*, 2016). É perceptível a necessidade dos casais que querem conceber filhos na vigência do HIV de materiais que orientem como realizar o planejamento reprodutivo, ofertando segurança e confiança ao casal.

Ademais, a revisão integrativa realizada para compor esse trabalho oportunizou aprofundar os conhecimentos da autora com relação ao tema e evidenciou que não existem cartilhas educativas voltadas à temática exclusiva do planejamento reprodutivo de PVHIV, demonstrando a necessidade de elaboração de um material que possa ser utilizado por essa população, permitindo a aquisição de conhecimentos pertinentes ao tema, com vistas a minimizar a incidência de gravidez indesejada ou possibilitar a idealização da maternidade/paternidade.

OBJETIVOS

Geral

- Construir e validar uma cartilha direcionada ao planejamento reprodutivo de pessoas vivendo no contexto do HIV.

Específicos

- Avaliar a produção científica relacionada ao planejamento reprodutivo de pessoas vivendo no contexto do HIV.
- Construir uma cartilha sobre planejamento reprodutivo para pessoas vivendo no contexto do HIV.
- Validar a cartilha sobre planejamento reprodutivo de pessoas vivendo no contexto do HIV, quanto ao conteúdo e aparência, com juízes especialistas;
- Avaliar o material educativo a partir do *Suitability Assessment of Materials (SAM)*², com juízes especialistas.
- Validar a cartilha sobre planejamento reprodutivo de pessoas vivendo com HIV, quanto à aparência, com pessoas vivendo no contexto do HIV;

² O SAM é um instrumento americano desenvolvido para avaliação de materiais educativos, sendo composto pelos aspectos: conteúdo; linguagem adequada para a população; ilustrações gráficas, listas, tabelas, gráficos; *layout* e tipografia; estimulação para aprendizagem e motivação; adequação cultural, por juízes especialistas (docentes e assistenciais).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Intervenções educativas direcionadas para o planejamento reprodutivo de pessoas vivendo com HIV

Para compor o capítulo de revisão de literatura foi desenvolvida uma revisão integrativa, com o intuito de conhecer as intervenções educativas sobre planejamento reprodutivo de pessoas vivendo com HIV disponíveis na literatura, e verificar a necessidade de construção de um material educativo voltado para esse fim.

O método de revisão integrativa possibilita aprofundar os conhecimentos na temática abordada no estudo, reúne achados de estudos desenvolvidos por meio de diferentes metodologias, e ainda, é considerado uma modalidade ampla de pesquisa de revisão (CAMARGO, 2016; SOARES *et al.*, 2014). Para concepção dessa pesquisa foram seguidas seis etapas: 1. Identificação do tema e formulação da questão norteadora; 2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3. Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4. Categorização dos estudos selecionados; 5. Análise e interpretação dos resultados; 6. Apresentação da revisão integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Para formular a pergunta norteadora foi utilizada a estratégia PICO, acrônimo de (*Patient, Intervention, Comparison, Outcomes*) (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Usar essa estratégia como base para elaboração da questão proporciona uma escolha mais adequada das palavras-chave, culminando em uma maior possibilidade de identificar estudos mais relevantes durante a busca nas bases de dados (GARCIA *et al.*, 2016). O primeiro elemento da estratégia é o (P), representado pelas pessoas vivendo com HIV; o segundo é o (I), que são as intervenções educativas; e o quarto é o (O), contemplado pelo planejamento reprodutivo. Vale salientar que nem todos os estudos utilizam todos os elementos da estratégia PICO, nessa pesquisa não foi aplicado o terceiro elemento da estratégia, a comparação. Deste modo, a seguinte pergunta norteadora foi definida: “Quais são as intervenções educativas sobre planejamento reprodutivo direcionadas às pessoas vivendo com HIV?”

Os artigos da revisão integrativa foram selecionados até o dia 20 de setembro de 2021, em seis bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS/BIREME), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/Pubmed), SCOPUS, *Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud* (IBECS) e *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF). Também foi utilizado o portal *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Foram utilizados os descritores no idioma inglês, extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Family Planning, Health Education e Health Promotion, utilizando os operadores booleanos AND e OR para o cruzamento, sendo o cruzamento realizado: (((Acquired Immunodeficiency Syndrome) OR HIV) AND Family Planning AND (Health Promotion OR (Health Education))).

Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente, em qualquer idioma, que respondessem à pergunta norteadora, independente do ano de publicação. Como critérios de exclusão: as publicações repetidas, as cartas ao editor, editoriais, capítulos de livro e estudos de revisão.

O nível de evidência foi classificado do seguinte modo: Nível I - Evidências provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados ou oriundos de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados e randomizados; Nível II - Evidências provenientes de estudos individuais controlados e randomizados; Nível III - Evidências de estudos experimentais sem randomização; Nível IV - Evidências provenientes de coorte ou caso-controle; Nível V - Evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - Evidências originárias de um estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII - Evidências obtidas de opiniões de autoridades ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Durante a verificação dos artigos foram respeitadas as informações neles contidas e os direitos autorais, garantindo a ética da pesquisa, não havendo adulterações dos conteúdos encontrados em benefício do estudo. A análise dos trabalhos foi feita de forma criteriosa, observando o tipo de estudo, as intervenções utilizadas, seus resultados, conclusões e o nível de evidência.

Foram encontradas 1.658 publicações, após aplicação dos critérios 12 foram pré-selecionados, por fim, 8 artigos compuseram a amostra. Das publicações excluídas, 1650 não atenderam à pergunta de pesquisa e 4 artigos estavam duplicados. Dentre os principais assuntos abordados nos artigos excluídos estavam estudos com adolescentes, refugiados, tratando de epidemiologia e perfil clínico, buscando a prevenção do HIV, IST's e vulnerabilidades, contudo o presente trabalho buscou encontrar as intervenções direcionadas para o planejamento reprodutivo de pessoas vivendo com HIV.

A base de dados que apresentou o maior quantitativo de artigos foi a MEDLINE, sendo um total de 838, contemplando os 8 artigos selecionados para análise. Na SCOPUS foram vistos

383 artigos, onde 3 destes foram recuperados para análise. Na LILACS foram encontrados 294 artigos, porém nenhum foi incluído. As demais bases de dados apresentaram um número inferior de publicações, totalizando 143, nenhum desses foi incluído no estudo. Ao final, a amostra foi composta por 8 trabalhos (Figura 1).

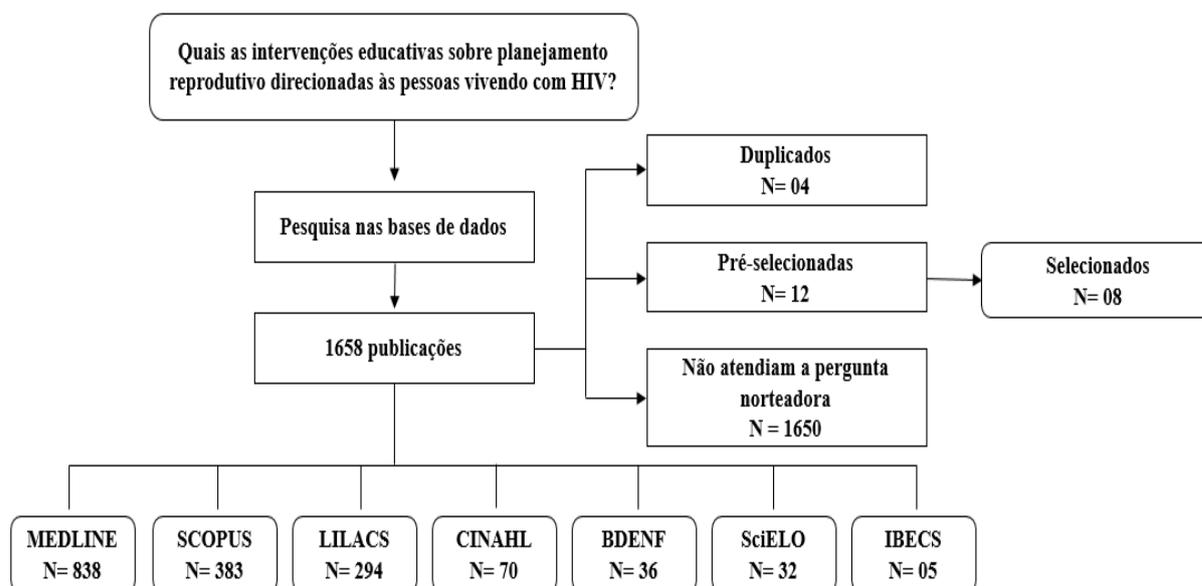


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados, Fortaleza, Ceará, 2021.

A análise dos 8 artigos mostrou que o ano de publicação variou de 2007 a 2017, todos foram realizados na África, sendo quatro publicados nos Estados Unidos e quatro no Reino Unido. No quadro 1 se encontra a caracterização dos artigos quanto ao título, autores, ano, país onde o estudo foi realizado e país de publicação.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados quanto ao país de publicação autoria. Fortaleza, Ceará, 2021.

Título	Autores/ano	País de Origem	País de Publicação
<i>Contraception among HIV Concordant and Discordant Couples in Zambia: A Randomized Controlled Trial.</i>	MARK, K. E. <i>et al.</i> 2007	África	EUA
<i>Successful increase in contraceptive uptake among Kenyan HIV-1-serodiscordant couples enrolled in an HIV-1 prevention trial.</i>	NGURE, K. <i>et al.</i> , 2009	África	Reino Unido
<i>Modern Contraceptive and Dual Method Use among HIV-Infected Women in Lusaka, Zambia.</i>	CHIBWESHA, C. J. <i>et al.</i> , 2011	África	Reino Unido
<i>Impact of long-term contraceptive promotion on incident pregnancy: a randomized</i>	WALL, k. M. <i>et al.</i> , 2013	África	EUA

<i>controlled trial among HIV positive couples in Lusaka, Zambia.</i>			
<i>Integrating family planning and prevention of mother to child HIV transmission in Zimbabwe.</i>	SARNQUIST, C. C. <i>et al.</i> ,2014	África	EUA
<i>Integrating reproductive health services into HIV care: strategies for successful implementation in a low-resource HIV clinic in Lilongwe, Malawi.</i>	PHIRI, S. <i>et al.</i> ,2015	África	Reino Unido
<i>Greater involvement of HIV-infected peer-mothers in provision of reproductive health services as “family planning champions” increases referrals and uptake of family planning among HIV-infected mothers.</i>	MUDIOPE, P. <i>et al.</i> ,2017	África	Reino Unido
<i>Integration of family planning services into HIV care clinics: Results one year after a cluster randomized controlled trial in Kenya.</i>	COHEN, C. R. <i>et al.</i> ,2017	África	EUA

Fonte: Elaborado pela autora.

A classificação dos estudos quanto aos níveis de evidência indicou quatro de nível II (WALL *et al.*, 2013; NGURE, K. *et al.*,2009; MARK *et al.*, 2007), um de nível III (MUDIOPE *et al.*, 2017), três de nível IV (COHEN *et al.*, 2017; SARNQUIST *et al.*, 2014; CHIBWESHA *et al.*, 2011) e um de nível VI (PHIRI *et al.*,2016) (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização dos artigos selecionados quanto ao nível de evidência e autoria. Fortaleza, Ceará, 2021.

Nível de evidência	Número de artigos	Autoria
Nível II: Evidências provenientes de estudos individuais controlados e randomizados	3	WALL <i>et al.</i> , 2013; MARK <i>et al.</i> , 2007; NGURE, K. <i>et al.</i> ,2009
Nível III: Evidências de estudos experimentais sem randomização	1	MUDIOPE <i>et al.</i> , 2017
Nível IV: Evidências provenientes de coorte ou caso-controle	3	COHEN <i>et al.</i> , 2017; SARNQUIST <i>et al.</i> , 2014; CHIBWESHA <i>et al.</i> , 2011
Nível VI: Evidências originárias de um estudo descritivo ou qualitativo	1	PHIRI <i>et al.</i> ,2016

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a leitura dos artigos prosseguiu-se com a construção do quadro 3, onde tem-se um compilado dos achados dos estudos, esses foram analisados quanto ao objetivo, tipo de estudo, público-alvo, intervenção e resultados.

Nota-se que houveram quatro delineamentos de pesquisa nos artigos selecionados, três ensaios clínicos randomizados (WALL *et al.*, 2013; NGURE, K. *et al.*, 2009; MARK *et al.*, 2007), três estudos de coorte (COHEN *et al.*, 2017; SARNQUIST *et al.*, 2014; CHIBWESHA *et al.*, 2011), um estudo quase experimental (MUDIOPE, P. *et al.*, 2017) e um estudo descritivo (PHIRI, *et al.*, 2015) (Quadro 3).

O público-alvo dos estudos foram casais soroconcordantes e sorodiscordantes para o HIV, mulheres vivendo com HIV e gestantes vivendo com HIV. O número de participantes variou de 98 a 18.407 pessoas (Quadro 3).

As intervenções implementadas foram desde atividades de educação em saúde e aconselhamentos individuais ou em grupo sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos, praticada por enfermeiros, médicos ou mães vivendo com HIV, utilizando desde recursos orais, a vídeos educativos e/ou material impresso (Quadro 3).

O principal objetivo dos estudos era a captação de casais soroconcordantes e sorodiscordantes, mulheres e gestantes vivendo com HIV para incentivo do uso de métodos de planejamento familiar e métodos contraceptivos duplos, contraceptivos hormonais orais ou injetáveis, e a redução da incidência de gravidez indesejada (Quadro 3).

Quadro 3 – Caracterização dos artigos selecionados no que diz respeito aos autores, tipo de estudo, público-alvo, intervenção e resultados. Fortaleza, Ceará, 2021.

Autores	Tipo de estudo	Público -alvo	Intervenção	Resultados
MARK, K. E. <i>et al.</i> , 2007	ECR	251 CSC e CSD	Treinamento educacional de 20-30 min. sobre métodos de PF com enfermeiro treinado ou médico clínico. GI 1 recebeu contraceptivos na clínica; GI 2 o mesmo do GI 1 + apresentação para reduzir pressões externas para conceber; GC foi encaminhado para clínica externa de PF.	Taxa de iniciação contraceptiva 3 vezes maior nos GI comparado ao GC. Aumento do uso MC, sendo a escolha de contraceptivos injetáveis de ação prolongada associada a menores taxas de gravidez entre MVHIV e menor chance de abandono do método.
NGURE, K. <i>et al.</i> , 2009	ECR	213 CSD.	Promoção de contraceptivos através de uma intervenção que incluiu treinamento da	O uso de contraceptivos sem barreiras aumentou após a implementação da intervenção e houve redução

			equipe, sessões de PF para casais e fornecimento gratuito de contracepção hormonal no local.	da incidência de gravidez entre MVHIV em parcerias sorodiscordantes.
CHIBW ESHA, C. J. et al., 2011	Estudo de coorte	18.407 MVHI V	Sessões de aconselhamento em PF enfatizando o uso de métodos duplos, com a utilização de material impresso.	É viável integrar aconselhamento em saúde reprodutiva e o cuidado de MVHIV. São necessários esforços adicionais para promover a dupla contracepção, particularmente entre mulheres mais velhas, solteiras e com HIV mais avançado.
WALL, k. M. et al., 2013	ECR	1060 CSD ou CSC para o HIV	Intervenção baseada em vídeos educativos motivacionais e/ou sobre métodos de PF, seguido de discussão facilitada pelo conselheiro.	Aumento da captação de contraceptivos de ação prolongada e mudança do uso de CO diários para injetáveis trimestrais, DIU e implante. O acompanhamento confirma o impacto sustentado da intervenção na incidência de gravidez em MVHIV.
SARNQ UIST, C. C. et al., 2014	Estudo de coorte	98 gestantes vivendo com HIV	Sessões de educação destinadas a aumentar o uso do PF e o poder de negociação. GI e GC receberam cuidados de enfermeiros com treinamento aprimorado em PF.	Aumento significativo das habilidades e conhecimentos sobre PF e negociação sexual, assim como a divulgação do HIV no GI.
PHIRI, S. et al., 2015	Estudo descritivo	6000 MVHI V	Integração entre serviço de acompanhamento do HIV e PF. Sessões de educação em saúde com métodos orais, visuais, escritos e informes sobre os serviços de PF disponíveis.	Integração bem-sucedida, melhora do fluxo de pacientes, aumento do uso de MC, incluindo métodos LARC, como DIU e implantes, aumento da triagem do CCU.
MUDIO PE, P. et al., 2017	Estudo quase experimental	3300 MVHI V	Educação em grupo, aconselhamento individual sobre os métodos de PF, enfatizando o uso de métodos duplos e incentivo a mãe que necessitava de PF a procurar o serviço, feito por mães com HIV treinadas.	A utilização das mães com HIV nas atividades de educação em saúde, vinculação e encaminhamentos melhorou a identificação, captação e adoção dos serviços de PF entre MVHIV.
COHEN, C. R. et al., 2017	Estudo de coorte	16.689 MVHI V	Orientação e aconselhamento sobre PF por educadores e	Aumento sustentado do uso de MC mais eficazes e redução na incidência de gravidez 24

			fornecimento de métodos de PF na clínica para HIV.	meses após a implementação do serviço integrado.
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

*ECR- Ensaio Clínico Randomizado; CSC- Casais Soroconcordantes; CSD- Casais Sorodiscordantes; GI- Grupo Intervenção; GC- Grupo Controle; PF- Planejamento Familiar; MC- Métodos Contraceptivos; MVHIV- Mulheres Vivendo com HIV; CO- Contraceptivos Orais; LARC- Contraceptivos Reversíveis de Ação Prolongada; CCU- Câncer de Colo do Útero.

Um estudo abordou intervenção de incentivo a dupla contracepção ou dupla proteção, que é definida pelo uso do preservativo, masculino ou feminino, em associação a outro método contraceptivo (CHIBWESHA *et al.* 2011).

Desenvolvido de novembro de 2009 a novembro de 2010, esse estudo relata uma intervenção educativa realizada através de aconselhamento sobre PR, e auxílio de material impresso, dando ênfase na dupla proteção, por meio de conselheiros nas clínicas de atendimento de PVHIV. O conteúdo educacional versava sobre saúde reprodutiva: esterilização, contraceptivos hormonais, métodos de barreira e dispositivos intrauterinos. Um total de 18.407 mulheres participaram do estudo, dessas, 40,8% referiram não fazer uso de métodos contraceptivos modernos. Ainda, 9,8% demonstraram interesse em iniciar um método contraceptivo após a intervenção e 71 relataram o desejo de aderir ao método de dupla contracepção (CHIBWESHA *et al.*, 2011).

Três estudos realizaram intervenções direcionadas para casais soroconcordantes e sorodiscordantes para o HIV (WALL *et al.* 2013; NGURE *et al.* 2009; MARK *et al.* 2007).

Wall *et al.* (2013) utilizou uma intervenção baseada em vídeos educativos. O estudo foi realizado entre 2002 e 2006. Os participantes foram alocados em quatro grupos, de forma que o primeiro grupo assistisse a vídeo sobre métodos, o segundo um vídeo motivacional, o terceiro aos dois vídeos e o quarto grupo foi o controle, esse assistiu a um conteúdo sobre nutrição e lavagem de mãos. Vale ressaltar que após a visualização dos vídeos era feita uma discussão em grupo com o facilitador. Como resultados tem-se que das mulheres que não faziam uso de nenhum método contraceptivo, 98% adotaram essa prática após a participação na intervenção.

O estudo de Ngure *et al.* (2009) acompanhou casais com HIV e casais sem a infecção em uma clínica no Quênia por 24 meses, realizando visitas trimestrais para os que não possuíam a doença e mensais para os que viviam com o vírus. Realizou-se uma abordagem multifacetada para promoção do uso de dupla contracepção em mulheres com parcerias heterossexuais. Para

isso, foi feito um treinamento com os profissionais do local. A intervenção deu-se mediante aconselhamento abordando métodos contraceptivos, além do fornecimento de alguns métodos de forma gratuita, como injetáveis, implantes e anticoncepcionais orais, ainda, buscou-se promover o envolvimento do parceiro nas sessões de aconselhamento. Percebeu-se que o uso dos métodos anticoncepcionais aumentou após a participação na intervenção tanto nas mulheres com HIV (31,5% para 64,7%) como nas soronegativas para o vírus (28,6% para 46,7%). Durante o acompanhamento do estudo os relatos de uso do preservativo se mantiveram altos e a incidência de gravidez foi significativamente menor quando relacionada com o período que precedeu a intervenção.

Uma intervenção realizada por meio de uma palestra educativa foi desenvolvida por Mark *et al.* (2007), esse aplicou duas intervenções em dois grupos distintos e teve um grupo controle. A intervenção 1 foi uma palestra com durabilidade de 20 a 30 minutos, mediada por um enfermeiro ou clínico geral abordando PR, métodos contraceptivos, transmissão vertical do HIV e riscos do sexo desprotegido, além de passarem a receber anticoncepcionais de forma gratuita no local. A intervenção 2 recebeu o mesmo que o grupo 1 e foi acrescentada uma apresentação sobre formas de lidar com as pressões externas para conceber. Os participantes do controle receberam uma palestra sobre infecções sexualmente transmissíveis e foram encaminhados para um outro serviço de PR. Os grupos de intervenção 3 meses após o estudo escolheram mais os métodos contraceptivos injetáveis e orais em detrimento dos demais. E 33% dos casais do grupo controle, 80% da intervenção 1 e 76% da intervenção 2 adotaram um novo método contraceptivo.

As intervenções direcionadas às mães vivendo com HIV foram implementadas em dois dos estudos selecionados nessa revisão (MUDIOPE *et al.* 2017; SARNQUIST *et al.* 2014).

Um dos estudos retrata uma ação de aconselhamento e educação complementar em uma clínica de PR, realizado por mães vivendo com HIV, essas foram previamente treinadas para essa atividade de aconselhar outras mães com HIV, individualmente ou em grupo buscavam incentivar a mãe que precisava de PR a buscar o serviço, e quando decidiam usar algum método eram direcionadas para o médico. Durante a implementação da intervenção as mães colaboraram também na identificação, triagem e encaminhamento para os serviços de PR de acordo com as necessidades das participantes. Como resultados tem-se que a maioria das mães que foram encaminhadas realizaram pelo menos um serviço em PR, a proporção de encaminhamentos para o serviço cresceu 48,7% e a adoção de métodos contraceptivos aumentou (MUDIOPE *et al.* 2017).

Já o estudo de Sarnquist *et al.* (2014) implementou intervenção educativa em grupos com gestantes vivendo com HIV, foram realizadas três sessões de grupo em cada serviço, sendo feita em quatro policlínicas, com duração de 90 minutos, por enfermeiros treinados. Foram abordadas nas sessões habilidades de negociação sexual e comunicação sobre sexo, empoderamento, prevenção da transmissão vertical do HIV, PR e informações sobre HIV. Os resultados do grupo intervenção demonstram diferença significativa em relação ao controle no que se refere ao uso de preservativo, adoção de anticoncepcionais reversíveis de ação prolongada como DIU, implantes e injetáveis, na revelação da condição sorológica, nos conhecimentos do DIU como um método eficaz e no poder de tomada de decisão sexual.

Por fim, dois estudos relataram sobre a integração entre os serviços de atenção ao HIV e de planejamento familiar (COHEN *et al.* 2017; PHIRI *et al.* 2016).

A integração de serviços de PR em duas clínicas de acompanhamento do HIV entre 2010 e 2014 foi relatada no estudo de Phiri *et al.*, (2016). Primeiramente foram elencadas as necessidades do local para que estivesse apto a oferecer esses serviços, como o treinamento dos profissionais, a aquisição de métodos contraceptivos, a incorporação dos serviços de PR de modo que não alterasse a rotina da clínica, a oferta de conteúdo educativo variado e outros cuidados ginecológicos como o rastreamento do câncer do colo do útero, além de implementar estratégias de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas no local. Posteriormente, as duas clínicas passaram a oferecer na rotina das áreas de espera sessões de educação em saúde sobre PR, bem como a disponibilização de pílulas anticoncepcionais, DIU, implantes, preservativos e encaminhamentos para esterilização. Como desfecho foi observado que 859 mulheres iniciaram algum método contraceptivo e os serviços passaram a ter 45% a mais de usuárias do PR. Acredita-se que essa intervenção ajudará na diminuição da incidência de gravidez indesejada e da transmissão vertical do HIV, além de melhorar o bem-estar dessas mulheres.

Finalmente, o estudo de Cohen *et al.* (2017) abordou sobre a integração dos serviços de planejamento familiar e de acompanhamento do HIV em 18 clínicas, acompanhando esse processo por um período de dois anos. Foram feitas palestras de educação em saúde sobre PR nos locais com pacientes nas áreas de espera, ensinando sobre métodos contraceptivos e acerca da importância do PR, assim como oferecendo os métodos no local para os interessados. Evidenciou-se que os contraceptivos foram usados de forma mais duradoura e eficaz nas clínicas onde houve integração dos serviços, percebe-se também que nesses mesmos locais ocorreu uma diminuição de 19% a 28% na incidência de gravidez indesejada durante os dois

anos de acompanhamento, bem como a utilização da dupla proteção no primeiro ano, porém com regressão ao final do segundo ano.

Conclui-se que essa revisão oportunizou a aquisição de conhecimentos acerca da temática em questão. Nota-se que poucos estudos abordam intervenções educativas direcionadas para o PR em PVHIV na literatura internacional. Evidenciou-se ainda que nenhum estudo foi realizado no Brasil. Faz-se necessário a realização de novos estudos abordando intervenções educativas nessa população.

Nos oito artigos selecionados esteve presente o incentivo ao uso de métodos contraceptivos, por outro lado, os métodos para uma concepção segura em PVHIV não foram devidamente destacados, sendo necessárias intervenções e materiais educativos que abordem o planejamento familiar em sua totalidade, oferecendo a integralidade do cuidado para essa população e conscientizando-as acerca de seus direitos reprodutivos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico de desenvolvimento e avaliação de uma tecnologia educativa, mais precisamente uma cartilha direcionada para o planejamento reprodutivo de pessoas vivendo com HIV. Esse tipo de estudo tem o propósito de elaborar, validar ou avaliar ferramentas ou métodos de pesquisa, de modo que possam ser utilizados pelo público-alvo, profissionais de saúde ou ainda por outros pesquisadores. Por fim, essa metodologia abrange a investigação de outros métodos, permitindo a captação, organização e análise de elementos relativos à construção e avaliação de materiais, instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Para tanto, nesse estudo, optou-se por seguir os mesmos passos metodológicos dos estudos de Sabino (2018) e Lima (2018). O fluxograma encontra-se na Figura 2. O período de desenvolvimento do estudo foi de janeiro de 2020 a dezembro de 2021.

Figura 2 – Fluxograma de elaboração e validação da cartilha educativa, Fortaleza, Ceará, 2021.



Fonte: Adaptado de Sabino (2018).

4.2 Elaboração da cartilha educativa

Para elaboração da pesquisa foi feita uma busca na literatura pertinente ao tema, com o intuito de selecionar evidências científicas que possam compor o conteúdo da cartilha. Para tanto foram analisadas diretrizes nacionais como portarias e manuais do Ministério da Saúde e estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais que discorram sobre a temática, os quais foram avaliados criteriosamente, sendo utilizados principalmente os referenciais dos últimos cinco anos.

Além disso, considerou-se relevante avaliar o estudo proposto por Lima I. (2017), o qual trabalhou com a mesma população-alvo no que diz respeito a um diagnóstico situacional, voltado para analisar o conhecimento das mulheres vivendo com HIV acerca do planejamento reprodutivo, esse estudo evidenciou lacunas no conhecimento dessas mulheres, tais como desconhecer as formas de prevenção da transmissão vertical, acreditar que casais sorodiferentes não podem ter filhos, aumento da laqueadura tubária em mulheres que não receberam orientações sobre PR na vigência do HIV e a maioria não utilizava métodos contraceptivos da forma preconizada.

Após a leitura de todo o material selecionado, realizou-se a identificação dos principais assuntos que nortearam a elaboração do conteúdo. Dessa forma, foi feita uma proposta descritiva dos tópicos e das figuras que retratem o contexto das pessoas vivendo com HIV. Para tanto, foi feito o processo de criação do design, layout e ilustrações por um profissional da área de design gráfico, esse utilizou programas como o *Coreldraw* 2013.

Por fim, estruturou-se a cartilha com a seguinte composição: capa, contracapa, ficha catalográfica, sumário, apresentação, introdução, desenvolvimento, anotações e referências. Por fim, é intitulada “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo diante do HIV”.

Durante a construção da cartilha foram observadas recomendações para concepção e eficácia de materiais educativos, à luz dos referenciais metodológicos: Doak, Doak e Root (1996), Moreira, Nóbrega e Silva (2003) e dos guias práticos *Federal Plain Language Guidelines* (2011), *A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials* (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010) e o *Simply Put* (CDC, 2009). Esses apresentam os requisitos básicos necessários para os constructos educativos de acordo com as características: conteúdo, linguagem, organização, *layout*, ilustração, aprendizagem e motivação.

Conforme se apregoa, a linguagem utilizada deve ser simples, clara e direta, permitindo uma melhor compreensão do conteúdo abordado. É importante explicar termos técnicos, se for preciso usá-los e evitar jargões. Não obstante, deve-se optar por palavras

comuns, frases curtas, uso da voz ativa e repetir palavras importantes. A escrita do material tem que se dar de forma que os indivíduos com baixo nível de escolaridade sejam capazes de ler e compreender o mesmo (DOAK, DOAK, ROOT 1996; FEDERAL PLAIN LANGUAGE GUIDELINES, 2011).

De acordo com uma das recomendações, houve a interação de textos e ilustrações no processo de elaboração do material escrito para educação em saúde (DOAK, DOAK, ROOT, 1996; HOFFMANN, WARRALL, 2004). As ilustrações devem ser familiares ao público-alvo, ter boa qualidade e alta definição, além de buscar explicar ou dar ênfase aos conteúdos abordados no texto (DOAK, DOAK, ROOT, 1996; MOREIRA, NÓBREGA, SILVA, 2003).

O *layout* e design devem ser atrativos, pois isso pode facilitar a compreensão. O texto deve usar fonte tamanho 14, no mínimo, também podem ser usados recursos como títulos, subtítulos, destaques em negrito, marcadores e legendas. Faz-se necessário respeitar o espaço em branco em todas as páginas, com o objetivo de facilitar a compreensão do conteúdo (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003; *FEDERAL PLAIN LANGUAGE GUIDELINES*, 2011).

Para garantir a legibilidade do material foi aplicado o Índice de Facilidade de Leitura Flesch (FLESCH, 1948; MARTINS et al., 1996, CAVIQUE, 2008). A classificação do texto pelo teste é dada a partir dos índices: 100-75, muito fácil; 74-50, fácil; 49-25, difícil; 24-0, muito difícil (MARTINS et al., 1996). Para isso, o teste foi aplicado na cartilha completa, em cada frase e em cada parágrafo, sendo que a frase que não recebia a classificação “fácil” ou “muito fácil”, deveria ser reescrita, buscando alcançar essa classificação com o intuito de facilitar a compreensão.

Como referencial teórico foi utilizada a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, que aborda a teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (OREM, 1971).

Após a construção da cartilha faz-se necessário a avaliação do material educativo pelos juízes especialistas e pelo público-alvo, com o intuito de averiguar a adequação, a viabilidade, a validade e a aplicabilidade.

4.3 Validação da cartilha com juízes especialistas

Nessa fase foi realizada a validação de conteúdo e aparência por juízes. Quando é realizada a elaboração de instrumentos, uma das etapas é verificar a validade dos mesmos, afastando a possibilidade de erros aleatórios, ampliando a credibilidade para que outros

profissionais possam utilizá-los, além de ser uma medida que evidencia sua qualidade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013).

A validação de conteúdo tem o intuito de verificar se os conceitos estão representados adequadamente, e se os itens ou textos do instrumento são suficientes para retratar o universo do fenômeno em questão (HULLEY, 2015; POLIT; BECK, 2011). Na validação de aparência ocorre um julgamento da forma de apresentação do produto, bem como na apreciação quanto à legibilidade do conteúdo, clareza e compreensão (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013).

Segundo Ferreira (1999), especialista é uma “pessoa que se consagra com particular interesse e cuidado a certo estudo” ou “pessoa que tem habilidade ou prática especial em determinada coisa”. Logo, qualquer profissional pode ser considerado expert em determinada área, desde que tenha experiência ou seja especialista no assunto, conseqüentemente, podendo ocupar a condição de juiz.

O número de juízes para um estudo de validação não é bem definido na literatura, variando de acordo com o autor. Para Lynn (1986), a quantidade mínima é de 3 juízes, e o mesmo ainda considera desnecessário um número maior que dez; por outro lado, Pasquali (1997), afirma que o número deve variar de seis a 20 juízes; ainda, Ferhing (1986), traz o quantitativo de 25 a 50 juízes. Nesse estudo, optou-se por utilizar a fórmula para cálculo amostral proposta por Lopes, Silva e Araújo (2012), a qual considera a proporção mínima de 85% de concordância quanto a relevância de cada item avaliado, o nível de confiança de 95%, e uma precisão de 15% das estimativas. A fórmula está apresentada abaixo:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot (1-P)}{e^2}$$

- $Z\alpha$ coeficiente de confiança (95% = 1,96): baseado em escores Z da distribuição normal padrão;
- P (0,85): proporção esperada dos juízes, indicando a adequação de cada item;
- e (0,15): representa a diferença proporcional aceitável em relação ao esperado, erro amostral absoluto.

Finalmente, o cálculo realizado foi: $n = (1,96)^2 \cdot (0,85) \cdot (0,15) / (0,15)^2$, obtendo uma amostra de 22 juízes. O estudo versou sobre a temática do HIV, logo, foram selecionados profissionais da saúde e/ou docentes, podendo ser enfermeiros, médicos generalistas ou infectologistas, fisioterapeutas, nutricionistas ou farmacêuticos com expertise na área, esses validaram o material educativo quanto ao seu conteúdo e aparência.

Com relação a seleção dos juízes, foram utilizados os critérios de Jasper (1994), apresentados no quadro 1, adaptados para contemplar as especificidades dessa pesquisa. Adotou-se que os profissionais deveriam atender a no mínimo dois dos requisitos listados abaixo, e com pelo menos uma característica do referido requisito, para serem considerados especialistas na área. Foi observado na literatura que outros estudos metodológicos também aplicaram essa forma de seleção: Bezerra (2016), Sabino (2018) e Lima (2018).

Quadro 4 – Requisitos para definição de juízes especialistas e suas características estabelecidas para identificação e seleção. Fortaleza, Ceará, 2021.

REQUISITO (possuir)	CARACTERÍSTICAS
Habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	Ter experiência profissional assistencial junto ao público das pessoas vivendo com HIV por um período mínimo de 5 anos; <ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência docente na área de interesse*; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde das PVHIV; - Participar de programa internacional/nacional/regional para o controle do HIV; - Ser integrante da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST).
Habilidade/ conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional na área de interesse*; <ul style="list-style-type: none"> - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de interesse*; - Ter orientado trabalhos(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativas(s) à área de interesse*; - Possuir título de especialista em Infectologia; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de interesse*; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*.
Habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter autoria em artigo(s) científicos(s) com temáticas relativas à área de interesse*, em periódico(s) classificados pela CAPES; - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativas(s) à área de interesse*.
Aprovação em um teste específico para identificar juízes.	<ul style="list-style-type: none"> - Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.
---	--

Fonte: Adaptado de Jasper (1994).

*Área de interesse: HIV/aids, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Infectologia, Saúde coletiva/pública.

Inicialmente, foi realizado o levantamento de juízes mediante consulta na Plataforma Lattes, portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, onde permite a comunidade acadêmica e civil a visualização do Currículo Lattes. Neste, se visualiza a identificação do pesquisador, assim como suas produções e áreas de conhecimento, que permite analisar os requisitos estabelecidos como critérios de inclusão no estudo e selecionar os profissionais que melhor se adequem ao perfil da pesquisa, assim como foi feito nos estudos de Lima (2018) e Balsells (2018).

Foi necessário também utilizar o método de amostragem bola de neve, trata-se de uma estratégia para encontrar amostras difíceis de serem localizadas (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2013). Logo, foi pedido aos juízes que aceitaram o convite a indicação de outros colegas, caracterizando amostragem por conveniência (POLIT; BECK, 2011).

Durante a busca dos currículos, utilizaram-se as palavras-chave "HIV", "aids", "infectologia" e "saúde coletiva" na busca "por assunto", e como filtro foram aplicados "atuação profissional" e em seguida "ciências da saúde".

Após essa triagem foram captados os nomes dos profissionais e enviada uma carta convite (APÊNDICE E), por meio eletrônico ou pessoalmente. Ao obter a aceitação dos profissionais, foi enviado um kit impresso ou eletrônico contendo: 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B); 2. Instrumento para validação do material educativo (APÊNDICE C) adaptado de Sabino (2018); 3. Instrumento de avaliação da cartilha (SAM) (ANEXO C); 4. Questionário de caracterização dos juízes, adaptado de Joventino (2010) (APÊNDICE F); 5. Sinopse da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem (APÊNDICE G); 6. Cópia da cartilha educativa.

Os profissionais dispuseram de quinze dias para devolução do material. Caso não se obtivesse retorno dentro do prazo estabelecido, os juízes tiveram ainda mais quinze dias para responder, sendo retirados do estudo caso não retornassem o contato após esse período.

Após esse momento de avaliação, a pesquisadora e a equipe analisaram todas as sugestões propostas, fizeram as correções, sendo necessário enviar novamente para o profissional de design para realizar os ajustes solicitados pelos juízes. Posteriormente, foi encaminhada para validação de conteúdo e aparência pela população-alvo.

Foram utilizados dois instrumentos para validação da cartilha pelos juízes especialistas, são eles:

O primeiro instrumento é de Sabino (2018), adaptado de Pasquali (2010), esse foi utilizado para a validação com os juízes especialistas. É uma escala do tipo *Likert*, com cinco pontos, que variam de “pouquíssima” a “muitíssima”, podendo avaliar cada página da cartilha no que diz respeito a: clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Ainda, a ferramenta contém um espaço em branco destinado para as sugestões dos juízes (SABINO, 2018).

Para avaliar cada página da cartilha a partir do instrumento citado acima, utilizar-se-á um cálculo proposto por Polit e Beck (2011), no qual o escore de IVC é calculado por meio da soma de concordância dos itens que serão marcados pelos juízes como “4” ou “5”, dividido pelo número total de respostas. Caso itens recebam pontos de “1” a “3” esses deverão ser revisados. Considerar-se-á válido o item cuja concordância entre os juízes seja maior ou igual a 0,80 (NORWOOD, 2006).

O segundo instrumento utilizado foi o *Suitability Assesment of Materials (SAM)*, desenvolvido em 1993, é americano, foi validado com 172 profissionais de saúde de diferentes países e culturas e com alunos da *University of North Carolina School of Public Helath and Johns Hopkins School of Medicine*. O formulário é em formato de *check-list* e é composto por seis categorias: 1. Conteúdo, 2. Linguagem adequada para a população; 3. Ilustrações gráficas, listas, tabelas, gráficos; 4. *Layout* e tipografia; 5. Estimulação para aprendizagem e motivação; 6. Adequação cultural; e 22 itens (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010). O SAM é amplamente utilizado para avaliação de materiais educativos (ALVES, 2017; SABINO, 2018; LIMA, 2018), esses demonstram que a ferramenta é adequada para validação desse tipo de constructo. O SAM é avaliado através de escores, onde tem-se “superior”, vale 2 pontos, “adequado”, 1 ponto; e “inadequado”, 0 pontos. Os critérios de classificação em cada pontuação são claramente definidos no instrumento, permitindo o cálculo da média dos valores em uma análise percentual. A pontuação se dá por meio da soma dos escores, dividido pelo total de itens avaliado no instrumento.

Segundo as médias do SAM, o material educativo pode ser classificado em muito adequado quando atingir entre 70-100% dos escores, adequado com pontuação entre 40-69%, e inadequado se alcançar valores entre 10-39%.

4.4 Validação da cartilha com a população

Durante a etapa de validação da cartilha com a população-alvo optou-se por realizar validação de aparência, seguindo os estudos propostos por Sabino (2018), Saraiva (2016) e Oliveira (2014). Os participantes receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE (APÊNDICE B). O material educativo foi disponibilizado para visualização por todos que aceitaram participar do estudo, juntamente com o instrumento de avaliação construído por Nascimento (2015), o qual foi elaborado a partir de Doak, Doak E Root (1996) (APÊNDICE D) e adaptado de acordo com a temática do presente estudo.

Foram incluídas nesta etapa, pessoas vivendo com HIV independente do sexo, com idade igual ou superior a 18 anos e limite de 49 anos (devido ser o intervalo de idade fértil), com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV e em acompanhamento ambulatorial, que tem vida sexual ativa e que são alfabetizados, isto é, sabem ler. Como critérios de exclusão foram observadas informações relatadas sobre histerectomia, vasectomia, bem como diagnóstico médico de alterações mentais ou déficits cognitivos que dificultem a realização da entrevista e leitura do material.

O quantitativo de pessoas adotado utilizou o mesmo cálculo mencionado para os juízes, que segundo a fórmula de Lopes, Silva e Araújo (2012), o público-alvo foi composto por 22 pessoas vivendo com HIV. A amostragem foi feita por conveniência, mediante convite verbal aos pacientes que aguardam consulta de acompanhamento no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, estas receberam informações sobre o estudo e declararam consentimento e interesse em participar ou não da pesquisa.

O estudo foi desenvolvido entre os meses de janeiro de 2020 a dezembro de 2021 e o local selecionado para a coleta de dados do estudo foi o ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará (UFC) em Fortaleza – CE.

A escolha deu-se pelo fato do Hospital ser uma unidade de referência no estado para tratamento do HIV e concentrar um grande número de pacientes. Trata-se de uma instituição pertencente ao Sistema Único de Saúde, de nível terciário, compondo a assistência de saúde no Estado, atendendo pacientes provenientes do município, Região Metropolitana e demais

localidades do Ceará. São oferecidos serviços as pessoas vivendo com HIV, dentre eles consultas médicas, atendimento de enfermagem, exames laboratoriais e radiológicos, dispensa de medicamentos e antirretrovirais, inclusive encaminhamentos para outras especialidades médicas ou com a equipe multidisciplinar. O hospital também é constituído por clínicas de cirurgia geral, cirurgia plástica, cardiologia, dermatologia, neurologia, pneumologia, hematologia, endocrinologia, reumatologia, nefrologia, proctologia, urologia, psiquiatria, pediatria, otorrinolaringologia, gastroenterologia, e transplantes renais, hepáticos e de medula óssea.

No que diz respeito a coleta de dados com a população-alvo, essa se deu em dois momentos: inicialmente, os pesquisadores abordaram os pacientes que estavam aguardando a consulta no ambulatório e perguntaram se os mesmos aceitavam participar do estudo. Posteriormente, caso concordassem, os participantes eram encaminhados pelo pesquisador para uma sala reservada, em um ambiente propício onde se dava início a uma entrevista face a face.

Primeiramente era feita a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, após esse momento, optou-se inicialmente por aplicar uma escala de alfabetização (ANEXO B), dando continuidade era entregue a cartilha, os participantes tinham a oportunidade de manuseá-la e lê-la, estando o pesquisador ao lado para que ao concluir possa-se dar seguimento a coleta com o segundo momento da entrevista onde se fez a aplicação do instrumento de avaliação do material educativo pela população-alvo (APÊNDICE D), sendo possível fazer sugestões e críticas com relação ao seu conteúdo e aparência. Em seguida foi aplicado o formulário de caracterização sociodemográfica e clínica (ANEXO A).

Os dados foram coletados pela pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa mediante treinamento prévio, essa seguiu os mesmos passos para coleta de dados.

Foram utilizados três instrumentos com o público-alvo, apresentados a seguir:

O Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica de saúde para Pessoas com HIV (ANEXO A), que tem como intuito obter informações em relação aos dados sociodemográficos, clínicos, sexuais, reprodutivos e informações gerais sobre hábitos de saúde.

A escala de alfabetização em saúde utilizada foi adaptada da versão traduzida e validada para o Brasil por Marques *et al.* (2017) da escala *Health Literacy Scale* (HLS)-14 de Suka *et al.* (2013). O instrumento se propõe em mensurar o nível de alfabetização (letramento) em saúde de determinada população nas dimensões funcional, comunicativa e crítica. É uma escala do tipo Likert, composta por 14 questões com escores variando de um a cinco e com a pontuação geral de 1 a 75. O ponto de corte utilizado é 46 pontos, sendo o mesmo do estudo

original (SUKA *et al.*, 2013), deste modo, para resultados ≥ 46 será considerada alta alfabetização, e quando a contagem for ≤ 46 será classificado como baixa alfabetização.

Para avaliação da cartilha educativa pelo público-alvo foi utilizado um instrumento com 14 questões, construído por Nascimento (2015), o qual foi elaborado a partir de Doak, Doak E Root (1996). As questões versaram sobre domínios de compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitação cultural e persuasão, bem como um checklist de avaliação do material quanto à clareza, relevância e grau de relevância, de cada página do constructo, contendo um espaço para sugestões (DODT, XIMENES, ORIÁ, 2012). Durante as entrevistas, foram realizadas anotações dos comentários, das opiniões e sugestões em relação à cartilha.

4.5 Análise de Dados

Os dados obtidos dos juízes e das pessoas vivendo com HIV foram tabulados no aplicativo *Microsoft Excel* 2016, e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24.0. Foram calculadas as frequências absolutas, relativas, a média, mediana e desvio-padrão, apresentados através de tabelas e gráficos.

Os dados captados foram analisados por meio da mensuração da proporção de avaliadores que concordarem sobre a avaliação positiva dos itens (POLIT; BECK, 2011). Essa análise se deu após a avaliação da cartilha pelos juízes especialistas e pelas PVHIV. Considera-se válido o item cuja concordância entre os juízes seja igual ou maior que 0,80 (ALEXANDRE, COLUCI, 2011; NORWOOD, 2006). Com isso, o item que obteve uma pontuação total menor que 80% em qualquer critério avaliado foi corrigido, sendo observadas as sugestões dos avaliadores ou excluído.

4.6 Aspectos Éticos e legais

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará mediante o CAAE: 96144818.0.0000.5054 e sob o parecer nº 2.996.254. Todos os participantes, juízes especialistas e PVHIV, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) (APENDICE B). Foram respeitados os princípios éticos para pesquisas com seres humanos, segundo a resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo iniciou-se com a construção de uma cartilha educativa para PVHIV. A cartilha teve como objetivo oferecer conhecimento para as PVHIV sobre planejamento reprodutivo, permitindo que essas pessoas possam fazer escolhas livres e conscientes acerca do tema.

A primeira etapa foi o momento referente ao processo de elaboração da cartilha. A segunda etapa refere-se a fase de validação de conteúdo com juízes especialistas. A terceira etapa a de validação da aparência com o público-alvo, essa se deu após realização dos ajustes sugeridos pelos juízes durante a segunda etapa.

Seguindo os mesmos passos metodológicos de outros estudos de elaboração de material educativo (SABINO, 2018; LIMA, 2018), inicialmente foi feita a escolha dos assuntos a serem abordados na cartilha, logo após foi feito um roteiro do conteúdo a ser explorado para que por fim pudesse ser construída a primeira edição da cartilha.

A versão final foi composta por 42 páginas, sendo a capa, sete páginas pré-textuais, 29 páginas destinadas ao conteúdo e cinco páginas pós-textuais. Para impressão foi utilizado o formato A5 e papel couchê, específico para impressão de ilustrações de alta qualidade.

5.1 A Cartilha “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo diante do HIV”

A cartilha aborda conceitos como o que é o planejamento reprodutivo, o que significa ser um casal soroigual e sorodiferente, quais as formas de transmissão, como cuidar da saúde para planejar uma gravidez com o parceiro, o que é PrEP, o que são métodos contraceptivos, dentre outros. A capa está ilustrada na figura a seguir.

Figura 3 - Ilustração representativa da capa da cartilha “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo diante do HIV”. Fortaleza, Ceará, 2021.

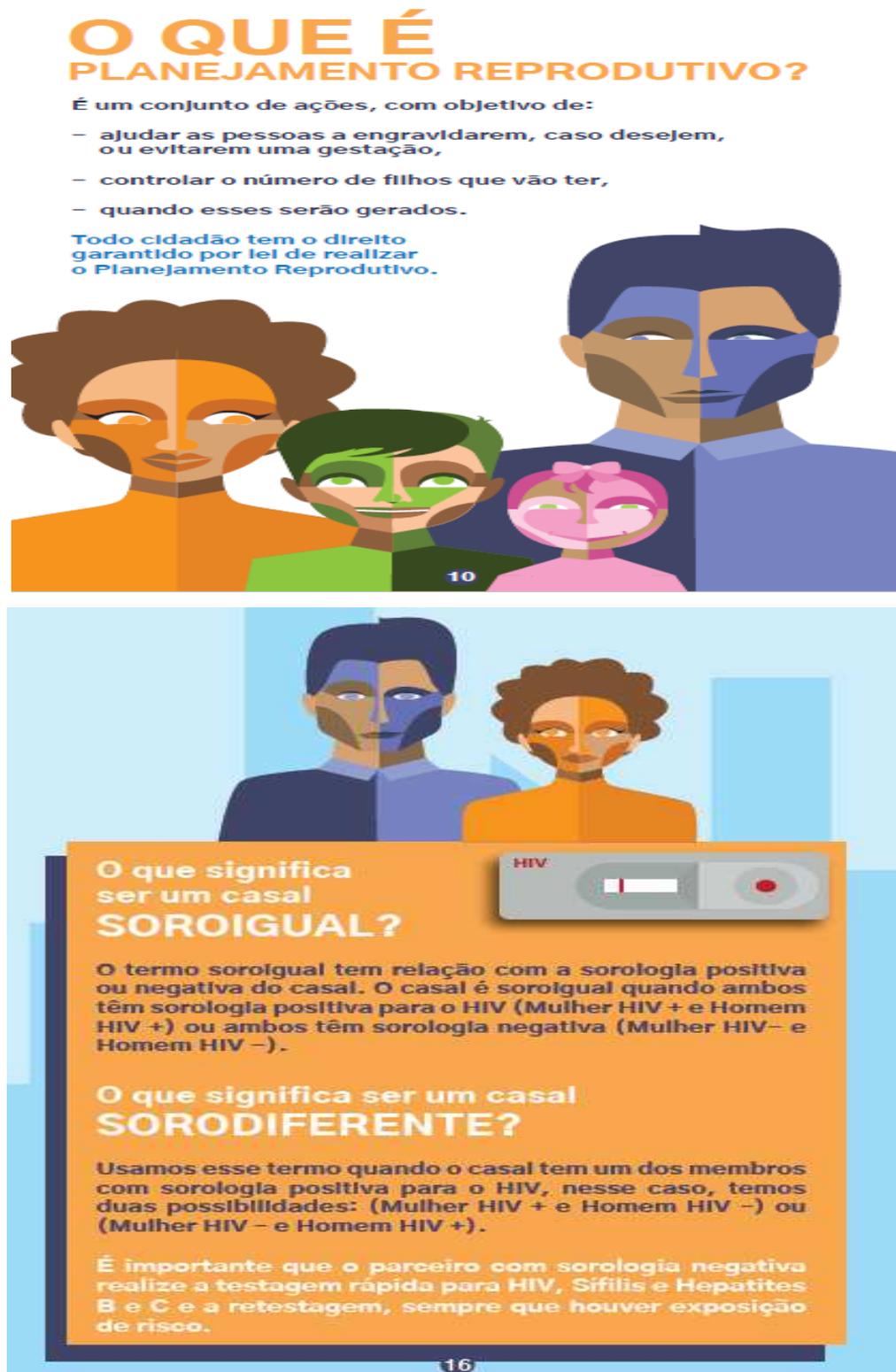
TIRANDO DÚVIDAS SOBRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DIANTE DO HIV



**Núcleo de Estudos em HIV/AIDS e Doenças Associadas
NEAIDS-UFC**

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4 – Ilustração de páginas da cartilha “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo diante do HIV”. Fortaleza, Ceará, 2021.



SOMOS UM CASAL SORODIFERENTE

**(MULHER HIV - E HOMEM HIV +),
PODEMOS PLANEJAR UMA GRAVIDEZ?**

Sim. Nesse caso, é feito um procedimento chamado LAVAGEM DE ESPERMA.

Nessa técnica, o espermatozoide é separado do HIV e de outros vírus, permitindo que esse material apresente carga viral indetectável. Posteriormente, é realizada a inseminação artificial, em que os espermatozoides são injetados diretamente no útero, durante o período fértil da mulher.

Esse procedimento de lavagem de esperma, seguido da inseminação artificial, também, é o indicado para casais soroiguais (Mulher HIV + e Homem HIV +), visando evitar a reinfeção.



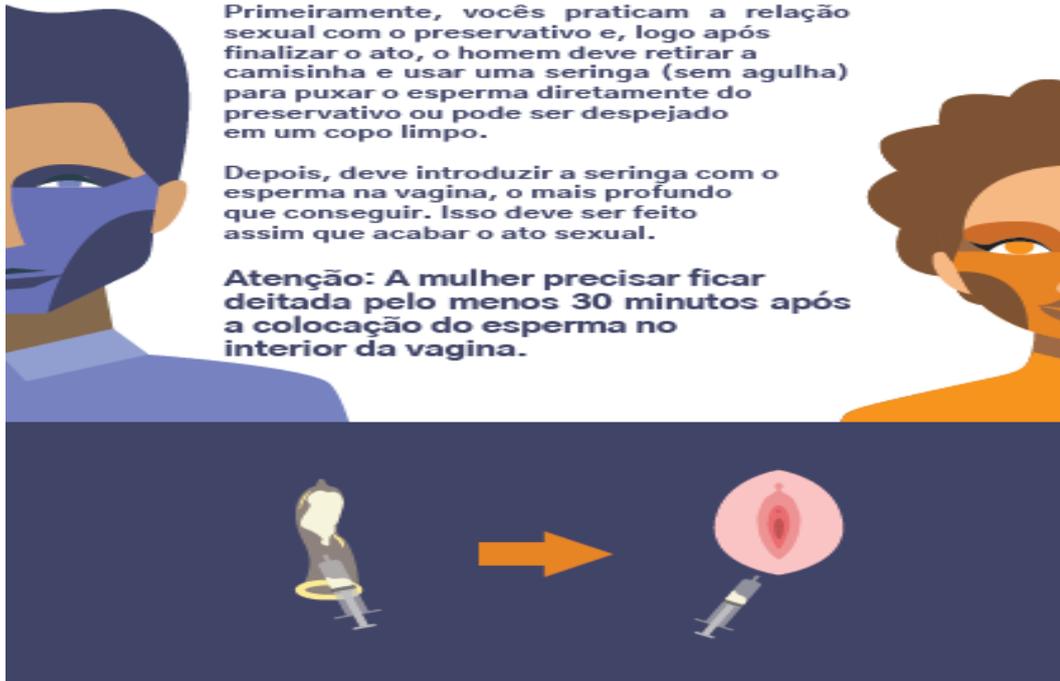
18

AGORA, VAMOS ENSINAR COMO REALIZAR A AUTOINSEMINAÇÃO.

Primeiramente, vocês praticam a relação sexual com o preservativo e, logo após finalizar o ato, o homem deve retirar a camisinha e usar uma seringa (sem agulha) para puxar o esperma diretamente do preservativo ou pode ser despejado em um copo limpo.

Depois, deve introduzir a seringa com o esperma na vagina, o mais profundo que conseguir. Isso deve ser feito assim que acabar o ato sexual.

Atenção: A mulher precisar ficar deitada pelo menos 30 minutos após a colocação do esperma no interior da vagina.



20



O tratamento com o uso da PrEP como forma de prevenção

É uma opção segura para casais sorodiferentes, diminuindo para quase zero as chances de transmissão sexual do HIV, desde que a parceria com sorologia positiva tenha boa adesão ao tratamento medicamentoso contra o HIV e mantenha a carga viral indetectável.

Durante o planejamento reprodutivo de um casal sorodiferente, é importante ter em mente que:

- Nunca foi comprovada a transmissão do vírus por pessoas vivendo com HIV em supressão viral (carga viral indetectável).
- O risco de infecção é tão baixo que pode ser considerado insignificante.

O risco de transmitir o HIV por via sexual é baixo quando:

- Uma pessoa vive com o vírus, mas está em terapia antirretroviral (tratamento medicamentoso contra o HIV) há mais de seis meses;
- A pessoa apresenta carga viral indetectável e não tem outra infecção sexualmente transmissível.

27

COMO AGIR SE A GRAVIDEZ NÃO FOI PLANEJADA?

Procure o serviço de saúde,

Lá você irá receber as orientações necessárias. Algumas delas são:

- a mulher deve iniciar o pré-natal imediatamente,
- realizar exames e verificar como está seu sistema de defesa, sua carga viral e quais medicações utiliza.

Dependendo da terapia medicamentosa contra o HIV que está sendo utilizada, há risco de causar danos ao bebê, como a má formação. O médico irá prescrever medicamentos antirretrovirais específicos para você, para evitar a transmissão do HIV para o bebê.



MÉDICO 29

Fonte: Elaborado pela autora.

A elaboração da cartilha iniciou-se com o levantamento de conteúdo na literatura onde foram observadas diretrizes nacionais e manuais do Ministério da Saúde, tais como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2020) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (BRASIL, 2018), além de artigos científicos, com o intuito de eleger conteúdos referentes à temática.

Durante a construção da cartilha foram observadas recomendações para concepção e eficácia de materiais educativos, à luz dos referenciais metodológicos: Doak, Doak e Root (1996), Moreira, Nóbrega e Silva (2003) e dos guias práticos *Federal Plain Language Guidelines* (2011), *A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials* (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010) e o *Simply Put* (CDC, 2009), esses apresentam os requisitos básicos que devem constar nos constructos educativos de acordo com as características: conteúdo, linguagem, organização, *layout*, ilustração, aprendizagem e motivação.

Na elaboração do texto buscou-se desenvolver um conteúdo rico de informações consideradas necessárias para a população no que concerne à temática, e o mais objetivo possível, visando facilitar a compreensão. Assim sendo, a cartilha foi formulada contendo 28 tópicos/perguntas, com o objetivo de esclarecer os principais assuntos pertinentes ao tema, alguns deles estão listados abaixo.

- Desejo de ser mãe ou pai convivendo com o HIV; O que é Planejamento Reprodutivo? Onde posso realizar o Planejamento Reprodutivo? Homens e Mulheres com HIV podem ter filhos? Como uma pessoa vivendo com HIV pode cuidar da saúde para planejar uma gravidez com o (a) parceiro (a)? Se eu, mulher ou homem com HIV, quiser ser mãe/pai, meu (minha) filho (a) terá HIV? Quais as formas de transmissão do HIV da mãe soropositiva para o bebê? O que significa ser um casal soroigual?

A cartilha é composta pela capa, contracapa, ficha catalográfica, sumário, apresentação, introdução, desenvolvimento, anotações e referências. Por fim, é intitulada **“Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo na vigência do HIV”**.

A capa está ilustrada com uma imagem atrativa e que busca retratar o público-alvo e o assunto principal, de acordo com recomendações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

Na contracapa estão dados das autoras da cartilha, do profissional responsável pela ilustração e diagramação, ainda, foram anexados o brasão da UFC e o da CAPES. A seguir, a apresentação relata brevemente o conteúdo que a cartilha aborda, demonstrando sua

importância e visando gerar interesse no público-alvo. Ao final, foi reservada uma página para anotações. Finalizando, as últimas páginas contêm a bibliografia.

Toda a cartilha foi escrita de forma simples e direta, buscando uma melhor compreensão pelo público-alvo. Algumas partes foram escritas em forma de conversa, pois esse estilo de escrita facilita o entendimento. Ainda, buscou-se fazer uso da voz ativa e de palavras simples, substituindo sempre que possível as palavras difíceis. O uso de jargões e siglas foi evitado (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Ademais, todo o conteúdo passou por uma revisão de português, sendo realizada por um profissional capacitado.

De acordo com Bandura (2012), para elaboração do material educativo é recomendado o uso de palavras comuns, exemplos para explicar orientações complexas e a interação com a população-alvo (JESUS, 2020). Dessa forma, esses passos proporcionam a construção de um material inteligível para essa população.

O material educativo de forma impressa tem sido amplamente utilizado para melhorar o conhecimento, adesão ao tratamento e o autocuidado. O uso do material educativo impresso por profissionais da saúde é um reforço às orientações verbais. O material educativo pode ter um impacto positivo na educação em saúde e ser capaz de ajudá-los a responder dúvidas no ambiente extra consultório (HOFFMANN, 2004).

Embora estudos tenham descrito diversos materiais educativos como ferramenta educacional no Brasil, há necessidade de construção e validação de materiais para PVHIV, com objetivo de fornecer informações em saúde, com fundamentação teórica, fortalecendo o empoderamento, a autonomia e a responsabilidade dessas pessoas frente ao tratamento (JESUS, 2020).

A relevância, a compreensão e a aplicabilidade do material educativo são fundamentais, pois são critérios que se complementam para a construção do material, uma vez que não basta apresentar um conteúdo válido e compreensível se não for aplicável a determinada população (JESUS, 2020).

Um dos desafios para a construção de um material educativo é a tradução da linguagem técnica e científica para uma linguagem acessível à população-alvo (JESUS, 2020). Isto posto, a construção do material educativo com a participação da população-alvo e a partir das necessidades educacionais é uma técnica fundamental neste estudo.

Destaca-se a importância de escrever o material educativo de modo a garantir sua acessibilidade, com uma linguagem apropriada, permitindo que a população se beneficie do conteúdo e possa assumir o protagonismo na promoção de sua saúde e autocuidado.

Após elaboração textual da cartilha, a mesma foi encaminhada para um profissional da área de design para realização da ilustração e diagramação. Foram dadas orientações sobre possíveis imagens, reforçando a mensagem escrita e servindo de suporte para uma melhor compreensão do conteúdo.

5.2 Validação de conteúdo e aparência com juízes especialistas

5.2.1 Caracterização dos juízes

Nessa etapa foi realizada a validação de conteúdo e aparência com juízes especialistas. O cálculo aponta uma amostra de 22 juízes. Para levantamento dessa população foi realizada inicialmente uma busca na Plataforma Lattes, portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, e para seleção foram aplicados os critérios de Jasper (1994).

A partir da análise curricular dos juízes por meio dos critérios estabelecidos por Jasper (1994), percebe-se que todos os juízes pontuaram em 3 requisitos (Tabela 1), atendendo ao mínimo de dois requisitos estabelecido para elegibilidade e participação no estudo. Ainda, 7 juízes (25,92%) atenderam a 4 requisitos.

Tabela 1 - Caracterização dos juízes especialistas. Fortaleza, Ceará, 2021

Crítérios de classificação dos juízes (N=27)	N	%
Possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência	27	100
Possuir habilidade/conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto	27	100
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo	27	100
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes	0	0
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	7	25,92

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto as características, os avaliadores apresentavam idade mediana de 32 anos (IQR: 29 – 35), variando de 26 a 63 anos. O sexo predominante foi o feminino (77,8%; n=21), com instituição pública de graduação (88,5%; n=22). A maioria dos juízes apresentaram formação a partir do ano de 2010 (88,5%; n=22). O tempo mediano de experiência com HIV foi de 4 anos (IQR: 2-6), variando de sem experiência até 22 anos de experiência. Já para saúde

coletiva, o tempo mediano de experiência com foi de 3,5 anos (IQR: 2-25), variando de sem experiência até 25 anos de experiência.

A maioria dos juízes faziam parte de algum grupo/projeto de pesquisa (92,6%; n=2) voltados principalmente ao estudo do HIV (66,7%; n=18). Quanto a formação de 88,9% (n=4) dos profissionais é da área de Enfermagem, 44,4% (n=12) possuíam alguma especialização, 29,6% (n=8) com especialização na área de infectologia. Em relação ao mestrado, 85,2% (n=23) possuíam a titulação e 63% dos trabalhos (n=17) eram em relação ao HIV. Já em relação ao doutorado, 40,7% (n=11) possuíam o título e 29,6% (n=8) dos trabalhos estavam ligados ao HIV.

Tabela 2 - Caracterização social, acadêmica e profissional dos juízes participantes do estudo.

Fortaleza, Ceará, 2021.

Variáveis	n	%	Média (dp*)	Mediana (IQR**)	Variação (variáveis numéricas)
Idade (média/mediana)			33,4±8,1	32 (29 – 35)	26 – 63
Sexo					
Feminino	21	77,8			
Masculino	6	22,2			
Local de graduação					
Instituição pública (UECE, UFC, UFPI ou UVA)	22	88,5			
Instituição privada (FANOR ou Unifor)	5	18,5			
Ano de graduação					
1980-1989	1	3,7			
1990-1999	2	7,4			
2000-2009	2	7,4			
≥2010	22	88,5			
Experiência com HIV – anos (média/mediana)	-	-	5,4±5,01	4 (2 – 6)	0 – 22
Experiência com Saúde coletiva – anos (média/mediana)	-	-	5,5±6,5	3,5 (2 – 25)	0 - 25
Participação em grupo/projeto de pesquisa					
Sim	25	92,6			
Não	2	7,4			

Variáveis	n	%	Média (dp*)	Mediana (IQR**)	Varição (variáveis numéricas)
Temática					
HIV/Aids	18	66,7			
Saúde reprodutiva	2	7,4			
Doenças infecciosas	3	11,1			
Outros	2	7,4			
Não participa	2	7,4			
Formação					
Enfermagem	24	88,9			
Farmácia	2	7,4			
Psicologia	1	3,7			
Especialização					
Sim	12	44,4			
Não	15	55,6			
Especialização Infectologia					
Sim	8	29,6			
Não	19	7,4			
Mestrado (MS)					
Sim	23	85,2			
Não	4	14,8			
Temática MS					
HIV	17	63,0			
Outros	6	22,2			
Não Possui MS	4	14,8			
Doutorado (Dr)					
Sim	11	40,7			
Não	16	59,3			
Temática DR					
HIV	8	29,6			
Outros	3	11,1			
Não possui Dr	16	59,3			
Assistência – anos (média/mediana)			3,2±5,3	2 (0 – 3)	0-24
Ensino – anos (média/mediana)			2,8±5,1	0 (0 – 4)	0-22
Pesquisa – anos (média/mediana)			4,3±4,1	4 (1 – 7)	0-15
Consultoria – anos (média/mediana)			1,0±3,9	0 (0 – 0)	0-20
Artigos publicados (média/mediana)			6,5±10,7	3 (1 – 7)	0-44
Livros publicados (média/mediana)			0,2±0,8	0 (0 – 0)	0-4
Resumos publicados (média/mediana)			19,1±19,2	13 (5 – 30)	0-78

*dp – desvio padrão; IQR – Intervalo Interquartilico.

Fonte: Elaborado pela autora.

O perfil de juízes foi semelhante a estudo realizado por Fontenele (2021) onde foi desenvolvida cartilha educativa abordando hábitos de vida saudáveis para PVHIV. Nota-se que a maioria dos avaliadores eram enfermeiros, do sexo feminino, com faixa etária similar (28 a 62 anos), porém a maioria possuía título de doutor, enquanto nesse trabalho o título prevalente é o de mestre (85,2%), tendo (40,7%) de doutores.

5.2.2 Validação do Conteúdo e Aparência com juízes especialistas

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) mensura a proporção ou porcentagem de juízes que estão de acordo sobre aspectos específicos do instrumento e de seus itens, permitindo avaliar cada tópico individualmente (ALEXANDRE, 2011). Sendo assim, o IVC é essencial para a elaboração de um material educativo de qualidade, visto que outros estudos também utilizaram essa etapa para validar o conteúdo do material em estudo e passaram por ajustes até que a versão final validada fosse alcançada. (LIMA, A. 2017; TELES, 2014).

As páginas foram avaliadas e pontuadas pelos juízes especialistas individualmente nos seguintes aspectos: clareza de linguagem (C), pertinência prática (P) e relevância teórica (R), de acordo com o instrumento de Pasquali (2010) o IVC está representado na Tabela 3.

Ao avaliar o IVC dos itens de avaliação da cartilha identificou-se que todos os itens foram considerados validados ($IVC > 0,80$). Os itens 3R, 20C e 24C foram os que apresentaram menor valor ($IVC = 0,82$), mesmo assim já considerados dentro do valor estipulado. O questionário como um todo apresentou um $IVC = 0,96$.

Constata-se que segundo a análise feita pelos juízes especialistas, a cartilha educativa “Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo na vigência do HIV” apresenta clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, ou seja, conteúdo e aparência válidos no que se refere à temática apresentada, demonstrado através dos índices adequados de IVC, estando acima do estabelecido (0,8) (NORWOOD, 2006).

Quando realizado o teste binomial para identificar concordância entre os avaliadores. Quando estipulada uma concordância em 90% não foi mais possível obter diferenças entre os juízes, tornando-se assim o conteúdo validado com pelo menos 90% de concordância entre os avaliadores.

Tabela 3 - Validação de conteúdo e aparência da cartilha.
Fortaleza, Ceará, 2021.

Item	IVC*	IC95%		p-valor** Sig. (0.90)
		Limite Inferior	Limite Superior	
Capa C	0,89	0,71	0,98	0,50
Capa P	0,93	0,76	0,99	0,45
Capa R	0,93	0,76	0,99	0,45
3C	0,93	0,76	0,99	0,45
3P	0,85	0,66	0,96	0,30
3R	0,82	0,62	0,94	0,12
4C	0,89	0,71	0,98	0,50
4P	0,89	0,71	0,98	0,50
4R	0,85	0,66	0,96	0,30
5C	0,96	0,81	1,00	0,22
5P	0,93	0,76	0,99	0,45
5R	0,93	0,76	0,99	0,45
6C	1,00	0,87	1,00	0,08
6P	1,00	0,87	1,00	0,08
6R	0,96	0,81	1,00	0,22
7C	0,96	0,81	1,00	0,22
7P	0,96	0,81	1,00	0,22
7R	0,96	0,81	1,00	0,22
8C	0,89	0,71	0,98	0,50
8P	0,93	0,76	0,99	0,45
8R	0,89	0,71	0,98	0,50
9C	0,96	0,81	1,00	0,22
9P	0,96	0,81	1,00	0,22
9R	0,93	0,76	0,99	0,45
10C	0,96	0,81	1,00	0,22
10P	0,96	0,81	1,00	0,22
10R	1,00	0,87	1,00	0,08
11C	0,96	0,81	1,00	0,22
11P	0,93	0,76	0,99	0,45
11R	0,96	0,81	1,00	0,22
12C	0,89	0,71	0,98	0,50
12P	1,00	0,87	1,00	0,08
12R	1,00	0,87	1,00	0,08
13C	1,00	0,87	1,00	0,08
13P	0,93	0,76	0,99	0,45
13R	0,96	0,81	1,00	0,22
14C	0,96	0,81	1,00	0,22
14P	0,93	0,76	0,99	0,45
14R	0,96	0,81	1,00	0,22
15C	1,00	0,87	1,00	0,08
15P	1,00	0,87	1,00	0,08
15R	0,96	0,81	1,00	0,22
16C	1,00	0,87	1,00	0,08

Item	IVC*	IC95%		p-valor** Sig. (0.90)
		Limite Inferior	Limite Superior	
16P	0,93	0,76	0,99	0,45
16R	0,96	0,81	1,00	0,22
17C	0,96	0,81	1,00	0,22
17P	0,93	0,76	0,99	0,45
17R	0,93	0,76	0,99	0,45
18C	0,93	0,76	0,99	0,45
18P	0,89	0,71	0,98	0,50
18R	0,93	0,76	0,99	0,45
19C	0,96	0,81	1,00	0,22
19P	0,96	0,81	1,00	0,22
19R	0,96	0,81	1,00	0,22
20C	0,82	0,62	0,94	0,12
20P	1,00	0,87	1,00	0,08
20R	0,93	0,76	0,99	0,45
21C	0,96	0,81	1,00	0,22
21P	0,96	0,81	1,00	0,22
21R	0,93	0,76	0,99	0,45
22C	0,96	0,81	1,00	0,22
22P	1,00	0,87	1,00	0,08
22R	0,96	0,81	1,00	0,22
23C	0,89	0,71	0,98	0,50
23P	0,96	0,81	1,00	0,22
23R	1,00	0,87	1,00	0,08
24C	0,82	0,62	0,94	0,12
24P	1,00	0,87	1,00	0,08
24R	1,00	0,87	1,00	0,08
25C	0,96	0,81	1,00	0,22
25P	1,00	0,87	1,00	0,08
25R	1,00	0,87	1,00	0,08
26C	0,93	0,76	0,99	0,45
26P	0,96	0,81	1,00	0,22
26R	0,96	0,81	1,00	0,22
27C	0,96	0,81	1,00	0,22
27P	1,00	0,87	1,00	0,08
27R	1,00	0,87	1,00	0,08
28C	0,96	0,81	1,00	0,22
28P	1,00	0,87	1,00	0,08
28R	0,96	0,81	1,00	0,22
29C	1,00	0,87	1,00	0,08
29P	1,00	0,87	1,00	0,08
29R	0,93	0,76	0,99	0,45
30C	0,96	0,81	1,00	0,22
30P	1,00	0,87	1,00	0,08

Item	IVC*	IC95%		p-valor** Sig. (0.90)
		Limite Inferior	Limite Superior	
30R	0,96	0,81	1,00	0,22
31C	0,96	0,81	1,00	0,22
31P	1,00	0,87	1,00	0,08
31R	1,00	0,87	1,00	0,08
32C	0,93	0,76	0,99	0,45
32P	0,96	0,81	1,00	0,22
32R	1,00	0,87	1,00	0,08
33C	1,00	0,87	1,00	0,08
33P	0,96	0,81	1,00	0,22
33R	0,96	0,81	1,00	0,22
34C	1,00	0,87	1,00	0,08
34P	1,00	0,87	1,00	0,08
34R	1,00	0,87	1,00	0,08
35C	0,93	0,76	0,99	0,45
35P	1,00	0,87	1,00	0,08
35R	1,00	0,87	1,00	0,08
36C	1,00	0,87	1,00	0,08
36P	1,00	0,87	1,00	0,08
36R	1,00	0,87	1,00	0,08
37C	0,85	0,66	0,96	0,30
37P	0,89	0,71	0,98	0,50
37R	0,96	0,81	1,00	0,22
38C	0,93	0,76	0,99	0,45
38P	1,00	0,87	1,00	0,08
38R	1,00	0,87	1,00	0,08
39C	0,96	0,81	1,00	0,22
39P	1,00	0,87	1,00	0,08
39R	1,00	0,87	1,00	0,08
IVC total	0,96	0,95	0,96	

*IVC: índice de validade de conteúdo; **p-valor: Teste Binomial

Fonte: Elaborado pela autora.

Na construção de novos materiais escritos com vistas à educação em saúde e elaborados por profissionais de saúde, esses precisam ser examinados por especialistas para maximizar sua efetividade. Compreender os procedimentos de abordagens para validação de conteúdo é importante para pesquisadores e profissionais de saúde, para que se utilize cada vez mais instrumentos confiáveis e apropriados para determinada população (FREITAS, 2008).

Estudo de validação de material educativo abordando a temática do HIV também obteve avaliação positiva dos itens, enquanto nesse a concordância foi maior que (90%), no

mencionado a maioria dos itens esteve entre (95,5% e 90,9%) de concordância (FONTENELE, 2021).

Ainda sobre MEI no âmbito da enfermagem, como para autocuidado com pés diabéticos e cuidados para o controle da asma em crianças, pesquisas apresentaram elevado IVC global (0,92; 0,93), o presente estudo apresentou IVC global de (0,96) (LIMA, 2018; GALDINO, 2019).

5.2.2.1 Sugestões dos juízes para melhoria da cartilha

A adaptação do material às sugestões dos juízes é uma etapa indispensável para tornar a tecnologia de maior acerto científico e eficaz durante a aplicabilidade do material ao público-alvo. Diante disso, é possível a criação de intervenções educativas pautadas em saberes estruturados e informações voltadas ao público (TELES, 2014).

No contexto completo da cartilha, foram contabilizadas 186 sugestões/comentários, com assuntos variados, desde parabenização pelo trabalho como orientações de inclusão de personagem negro, mudanças nas tonalidades das imagens, fonte das letras e formatação do texto. Nos quadros abaixo estão exibidas as principais sugestões dos juízes que foram acatadas (Quadro 5) e as não acatadas (Quadro 6) pelos autores.

Quadro 5 - Sugestões realizadas pelos juízes especialistas que foram acatadas. Fortaleza, Ceará, 2021.

Sugestões juízes - acatadas
Capa
J14 - Colocar laço ou coque na cabeça da criança no carrinho.
J15 – Sugiro retirar chupeta da boca da criança.
Página 4
J10 - Sugiro deixar mais linhas na opção “método contraceptivo utilizado” e inclusive deixar essa frase no plural
Página 6
J20 - Sugiro nesse momento trazer a imagem da enfermeira, em que a mesma deve aparecer desenhada de maneira mais formal.
Página 7
J6 - Omitiria a palavra “carinho”
J10 - Sugiro mudar a expressão “homens e mulheres” dos títulos para “pessoas”
J14 - Trocar por cor mais neutra, mais clara que o verde. Trocar a letra para a cor preta.
Página 9
J20 - Sugiro trazer a enfermeira nesse momento, e as informações dentro de um balão, como se fosse a mesma conversando com o leitor, com isso, o paciente que ler a cartilha já visualiza um vínculo com o profissional de saúde.

Página 10
J20 - Sugiro trazer a mesma família apresentada na capa, me refiro a inserir o bebê nesse momento também.
Página 11
J1 - Sugiro retirar a figura da enfermeira utilizando o adorno na cabeça, sendo algo ultrapassado. Uma figura de um posto de saúde, talvez fosse mais adequado.
J6 - Incluiria uma figura masculina, preta (negro) representando os profissionais de saúde. Essa representação de enfermeira está muito “dentro dos padrões”, temos muitas minorias vivendo com HIV.
J20 - Substitua a palavra “área” por “bairro”, pois é mais próximo da linguagem do leitor; sugiro retirar a "tiara" com a cruz vermelha, e desenhar melhor o jaleco da profissional, com botões, e quem sabe sua identificação no Jaleco, podendo até colocar a personagem enfermeira como a própria autora da cartilha.
Página 13
J1 - Sugiro utilizar o termo “Bom sistema de defesa”. Sugiro incluir o termo “exame de prevenção” e entre parênteses (Papanicolau), visto ser a nomenclatura mais conhecida.
Página 15
J17 - Melhor trocar o termo, colocar mãe com HIV: 'Quais as formas de transmissão do vírus da mãe com HIV para o bebem?'
Página 17
J19 - Sugiro trocar a figura para um casal com a mulher gestante, ou com um balão onde fique a ideia de que o casal está pensando em ter filho. Pois a página retrata orientação para antes do nascimento.
Página 18
J16 - Considerar incluir qual profissional realiza o procedimento, pois a imagem pode dar a entender que será uma enfermeira. Imagem de um profissional médico.
Página 25
J14 - Inserir gravura de remédio. Colocar bullets no texto.
Página 27
J19 - Definir a sigla IST, pois a sigla não foi citada anteriormente.
Página 30
J25 - São métodos utilizados para evitar uma gravidez indesejada. Sugiro: gravidez não planejada.
Página 34
J8 - Pode acrescentar a imagem do preservativo junto a cartela para enfatizar a importância da dupla proteção.
Página 38
J20 - Sugiro que o casal esteja se olhando e com aspecto de felicidade, para transmitir essa energia para o leitor.
Página 39
J17- Sugiro trocar a palavra conceber por: Todo casal tem o direito de ter filhos ou não.

Fonte: Elaborado pela autora.

As sugestões acima foram de grande contribuição para o crescimento do conteúdo e aparência do material. As alterações foram enviadas ao profissional design, e após realização desses ajustes foi emitida a segunda versão da cartilha. O profissional negro trouxe pluralidade.

As figuras acrescentadas tornaram a ilustração ainda mais rica para melhor compreensão pelo público-alvo.

No tocante às considerações não acatadas, foram devidamente avaliadas pelas autoras e entrado em consenso sobre manutenção das informações. As sugestões e justificativas estão no quadro 6.

Quadro 6 - Sugestões realizadas pelos juízes especialistas que não foram acatadas. Fortaleza, Ceará, 2021.

Sugestões juízes – não acatadas
Capa
J7 - No carrinho sugiro figura do bebê, um lado rosto feminino e no outro masculino. Justificativa: não foi realizada essa mudança tendo em vista que as imagens devem buscar ser realistas e se aproximar do público, logo, um bebê com o rosto dessa forma estaria destoante do real.
Página 4
J8 - Dificilmente o indivíduo irá identificar-se como dono da cartilha sob o risco de expor seu diagnóstico de HIV positivo. Retirar a página de informações pessoais. Justificativa: a página foi mantida pois procura gerar no leitor uma identificação com o conteúdo e familiaridade com o material.
Página 9
J5 - Acho que essa página não fará tanta diferença no contexto geral. Justificativa: Página considerada relevante, pois representa o papel da enfermeira no primeiro contato com a família, procurando trazer o vínculo entre o paciente e o profissional de saúde, inclusive página elogiada por outros juízes.
Página 16
J11 - Muito relevante falar da testagem, em especial mencionar sobre às outras IST. Justificativa: optou-se por não inserir conteúdo sobre outras testagens de IST, tendo em vista que o foco do material é outro e para evitar que o MEI se torne longo e cansativo.
Página 18
J19 - Retiraria essa página. Justificativa: Informação considerada relevante no contexto do planejamento reprodutivo, esclarecendo sobre a lavagem de esperma para casais sorodiferentes.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.2.2 Avaliação da cartilha por meio do SAM

Outro instrumento utilizado para avaliação foi o *Suitability Assessment of Materials* (SAM). Esse instrumento proporciona que os juízes avaliem o material em seis categorias: 1. Conteúdo, sendo a forma de apresentação da cartilha, abrangendo estrutura, método de apresentação, organização geral e suficiência; 2. Linguagem adequada para a população; 3. Ilustrações gráficas, listas, tabelas e gráficos; 4. *Layout* e tipografia; 5. Estimulação para aprendizagem e motivação; e 6. Adequação cultural. Segundo as médias do

SAM, o material educativo pode ser classificado em muito adequado quando atingir entre 70-100% dos escores, adequado com pontuação entre 40-69%, e inadequado se alcançar valores entre 10-39% (SANTOS, 2020; SOUSA, 2015).

O instrumento SAM foi avaliado conforme referencial proposto. Assim, observou-se que dos seus itens, 91% dos itens (n=20/22) foram avaliados como muito adequados (avaliação $\geq 70\%$), desse modo, o MEI pode ser considerado como “superior”. Somente os itens 2A (Demanda Alfabetização/Linguagem adequada para a população – grau de leitura) e 5A (Estimulação para aprendizagem e motivação – Interação é incluída no texto e/ou nas figuras) foram avaliados como adequados. Nenhum item foi considerado inadequado.

Além disso, considerando os contextos socioeconômicos e culturais presentes na população-alvo, os juízes mostraram uma recomendação média de 9,1. O que significa uma recomendação praticamente sem reservas.

Tabela 4 – Avaliação da cartilha por meio do SAM. Fortaleza, Ceará, 2021.

Item	Pontuação (%)	Avaliação
1a	94,44	Muito adequado
1b	100,00	Muito adequado
1c	88,89	Muito adequado
1d	75,93	Muito adequado
2a	62,96	Adequado
2b	72,22	Muito adequado
2c	85,19	Muito adequado
2d	90,74	Muito adequado
2e	96,30	Muito adequado
3a	79,63	Muito adequado
3b	74,07	Muito adequado
3c	83,33	Muito adequado
3d	100,00	Muito adequado
3e	100,00	Muito adequado
4a	75,93	Muito adequado
4b	88,89	Muito adequado
4c	87,04	Muito adequado
5a	64,81	Adequado
5b	83,33	Muito adequado
5c	88,89	Muito adequado
6a	87,04	Muito adequado
6b	72,22	Muito adequado
Recomendação (média)	9,10	

Fonte: Elaborado pela autora.

Destaca-se que o SAM também foi usado para validar outros estudos de desenvolvimento de material educativo (MENDES *et al.*, 2015; SABINO, 2018; LIMA, 2018; GALDINO, 2019). Estudos que aplicaram o instrumento SAM foram avaliados como adequados por todos os juízes (GALDINO, 2019), e superior com um percentual de 88,7% (SABINO, 2018) e 92,27% (LIMA, 2018).

Ainda, realizar a avaliação da legibilidade do texto faz-se necessário. Nessa etapa foi aplicado o índice de facilidade de leitura de Flesch (IFLF), onde pode-se observar acerca da facilidade de leitura do material (LOBATO, CAÇADOR, GAZZINELLI 2013). Por meio da utilização do referido teste podemos classificar a cartilha como muito fácil (pontuação de 90-100), fácil (80-89), razoavelmente fácil (70-79), padrão (60-69), razoavelmente difícil (50-59), difícil (30-49) e muito difícil (0-29). Além disso, também é possível obter o índice de legibilidade de Flesch-Kincaid (ILFK) que tem sido o mais utilizado para avaliar a legibilidade de um texto e seu resultado estima os anos de estudo necessários para a adequada compreensão. Após finalização do roteiro textual, o teste foi aplicado. Observou-se um total de 6.245 sílabas, 2.863 palavras e 400 frases. A partir desses parâmetros obteve-se um valor de IFLF=15,0 e ILFK=12,9. Esses resultados mostram uma legibilidade muito difícil para o público geral e que o conteúdo é adequado para pessoas que concluíram as séries finais do ensino médio ou com superior incompleto.

Após esse resultado foi realizada uma revisão de português visando a adaptação da linguagem culta para coloquial e buscando tornar o conteúdo mais compreensível para o público-alvo. Em seguida, o IFLF e o ILFK foram aplicados novamente.

Ao considerar todo o conteúdo escrito da cartilha observou-se um total de 5.116 sílabas, 2.364 palavras e 333 frases. A partir desses parâmetros obteve-se um valor de IFLF=16,5 e ILFK=12,7. Esses resultados mostram uma legibilidade muito difícil para o público geral e que o conteúdo é adequado para pessoas que concluíram as séries finais do ensino médio ou com superior incompleto. Percebe-se que mesmo com a utilização de uma revisão de escrita o conteúdo permanece com índice de legibilidade muito difícil, podendo justificar-se pelo fato de serem abordados muitos conteúdos científicos, porém necessários para clarificação do tema para as PVIHV.

5.3 Validação de aparência com o público-alvo

Além da construção e validação do material educativo, a comunicação com o público-alvo é imprescindível para o entendimento da educação em saúde. É necessário

reconhecer as limitações do conhecimento instituído e reconhecer outros saberes, possibilitando um entendimento do contexto de vida de uma determinada população (REBERTE, 2012). Sendo assim, é fundamental estar disposto a dialogar sobre questões de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva, sem dispensar as questões éticas, culturais e sociais das PVHIV (LIMA, I. 2017).

A validação do material educativo com representantes da população-alvo possibilita a adequação do conteúdo ao contexto profissional. Há uma distância existente entre os interesses dos participantes e de quem elabora o material educativo, sendo necessário o entendimento desses conhecimentos diferentes no processo de construção da tecnologia educativa (REBERTE, 2012).

5.3.1 Características sociodemográficas do público-alvo

Com relação ao perfil população, houve predominância de pessoas do sexo feminino, (69,2%, n=15), da capital (68,2%, n=15) com idade média de 40,1±6,7 anos, variando de 26 a 49 anos. Quanto a orientação sexual, 86,4% (n=19) declararam-se heterossexuais. A renda individual média foi de R\$ 1.311,6±774,5 e a crença religiosa da maioria das pessoas foi católica (54,6%, n=12).

Tabela 4 - Características sociodemográficas do público-alvo. Fortaleza, Ceará, 2021.

Variáveis	N	%	Média±dp	Mediana (IIQ)	Varição
Município					
Fortaleza	15	68,2			
Caucaia	6	27,3			
Juazeiro do Norte	1	4,5			
Idade (anos)			40,1±6,7	41 (38-45)	26-49
Sexo					
Masculino	7	31,8			
Feminino	15	69,2			
Identidade de gênero					
Masculino	7	31,8			
Feminino	15	69,2			
Orientação Sexual					
Heterossexual	19	86,4			
Homossexual	1	4,6			
Bissexual	2	9,0			
Raça					
Branca	4	18,2			
Preta	5	22,7			
Parda	13	59,1			
Escolaridade (anos de estudo)			11,9±3,5	12 (9-12)	5-19

Profissão

Sim	11	50,0			
Não	11	50,0			
Situação Ocupacional					
Ativo	10	45,4			
Não ativo	12	54,6			
Renda Individual (R\$)			1311,6±774,5	1100 (1100-1500)	200-3600
Renda mensal da família (R\$)			1580,2±1006,3	1100 (1100-2200)	100-3600
Número de pessoas que moram no mesmo domicílio			2,6±1,3	2 (2-4)	1-5
Crença Religiosa					
Católica	12	54,6			
Evangélica	5	22,7			
Outra	2	9,1			
Não	3	13,6			

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.2 Características clínicas, laboratoriais e histórico de infecções sexualmente transmissíveis do público-alvo

Em relação aos dados clínicos, observou-se que o tempo médio de diagnóstico do HIV foi de 12,5±8,3 anos, variando de um a 33 anos. Todos os participantes tiveram categoria de exposição por via sexual. O tempo médio de uso da TARV foi de 11±7 anos, com variação de 1 a 27 anos. Dos participantes, 45,5% (n=10) relataram efeitos adversos do uso da medicação, sendo náuseas e vômitos os mais frequentes (n=6). Ressalta-se que 18,2% dos participantes (n=4) apresentaram internações devido ao HIV. No que diz respeito aos dados laboratoriais, todos os participantes possuíam carga viral indetectável.

Dos participantes, 27,3% (n=6) mencionaram histórico de ISTs, a mais frequente foi a sífilis (n=3). Um participante relatou histórias de IST na sua parceria, sendo elas sífilis e gonorreia.

5.3.3 Características Familiares, Sexuais, Reprodutivas e Histórico de Gestações/Filhos do público-alvo

Quanto as características familiares, 59,1% (n=13) possui parceiro sexual e um parceiro (4,5%) não sabia sobre o diagnóstico de um dos participantes. Além disso, um participante (4,6%) relatou que o parceiro não sabe ou não fez sorologia anti-HIV assim como dos filhos, enquanto que 72,7% refere sorologia negativa dos filhos.

A idade da primeira relação sexual da maioria dos participantes foi mais que 15 anos (54,6; n=12). A maioria reportou somente um parceiro nos últimos três (68,2%; n=15) e 12 meses (72,7%; n=16).

A maior parte das pessoas relatou ter filhos (72,3%; n=16). Dos participantes, 54,2% (n=12) relataram ter filhos antes do diagnóstico e 31,8% (n=7) relataram ter filhos após o diagnóstico. Nenhum filho possui HIV.

5.3.4 Desejo Reprodutivo

Quanto ao desejo reprodutivo, 9,1% (n=2) participantes relataram desejo de ter filhos e 13,6% (n=3) relataram desejo da parceria de ter filho. Um participante relatou que o companheiro desconhece sua sorologia para HIV.

5.3.5 Conhecimento sobre contracepção na vigência do HIV

Duas pessoas relataram que quem vive com HIV pode ter filhos. Metade das pessoas (n=11) relataram que receberam orientações sobre planejamento reprodutivo na vigência do HIV e 54,5% (n=12) conhecem os meios de prevenção de transmissão vertical do HIV.

Tabela 5 - Conhecimento sobre contracepção na vigência do HIV. Fortaleza, Ceará, 2021.

Variáveis	N	%
Quem tem HIV pode ter filhos?		
Sim	20	90,9
Não	2	9,1
Mulher que tem HIV e o companheiro NÃO (casal discordante) pode ter filho?		
Sim	20	91,0
Não	1	4,5
Não sei	1	4,5
Mulher que tem HIV e o companheiro também (Casal concordante), pode ter filho?		
Sim	18	81,8
Não	1	4,6
Não sei	3	13,6
Recebeu orientações (Foi informada) sobre planejamento reprodutivo (de filhos) na vigência do HIV		
Sim	11	50,0
Não	11	50,0
Conhece os meios de prevenção da transmissão vertical do HIV (mãe para filho)?		

Sim	12	54,5
Não	10	45,5

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que a maioria dos participantes foram do sexo feminino 69,2%, dado divergente de estudo similar de validação de MEI com PVHIV, onde houve predominância do sexo masculino 86,4%. Com relação a escolaridade, a mediana foi de 12 anos de estudo, dado similar ao estudo mencionado (FONTENELE, 2021). Houve pouca representatividade dos homens, não sendo possível obter muitas avaliações e sugestões masculinas para a aparência do material.

A idade média das participantes foi de 40,1, apesar de ainda compor a faixa etária reprodutiva, não foi muito favorável, pois faltou representatividade de mulheres no início da vida sexual, visto que também alcançar essas pessoas é de grande importância, pois ao ofertar orientações de planejamento reprodutivo, pode-se evitar a gravidez indesejada, dentre outros benefícios.

Quanto à categoria de exposição ao HIV, todos os participantes referiram a via sexual. Fontenele (2021) corrobora com esse dado, onde 100% da sua amostra também afirmou que sua exposição ao HIV se deu por via sexual. Esses dados de estudos recentes reforçam a necessidade de abordar o planejamento reprodutivo com ambos os sexos e independente de faixa etária, visando a interrupção da transmissão sexual do HIV.

Ao abordar sobre IST tem-se que uma parcela da população 27,3% referiu histórico, sendo a sífilis a mais frequente. Ainda, foi citado IST na parceria. Diante disso, evidencia-se a necessidade de adotar medidas de prevenção de IST, e essas orientações devem ser repassadas durante o PR com profissional de saúde.

Ao questionar sobre acompanhamento clínico e laboratorial, todos os participantes relataram carga viral indetectável em exame realizado nos últimos seis meses, demonstrando boa adesão a TARV.

No tocante ao conhecimento sobre contracepção na vigência do HIV, metade da amostra referiu ter recebido orientações de PR e 54,5% conhecem formas de prevenção da transmissão vertical do HIV, fortalecendo o fato da carência de informações, pois esse número só representa metade da população do estudo, e diante da importância do assunto é imprescindível intensificar essas instruções nas consultas de PR.

5.3.6 Health Literacy Scale

Quando aplicada a escala de letramento em saúde, observou-se escore médio de $55,8 \pm 7,0$ pontos, variando de 40 a 65. Quando categorizada, a escala mostra que 90,9% dos participantes (n=20) possuem alta alfabetização.

Tabela 6 - *Health Literacy Scale*. Fortaleza, Ceará, 2021.

Variáveis	N	%	Média±dp	Mediana (IIQ)	Varição
HLS geral			55,8±7,0	56 (51-63)	40-65
HLS Categorizada					
Alta alfabetização	20	90,9			
Baixa alfabetização	2	9,1			

Fonte: Elaborado pela autora.

Percebe-se que a alta alfabetização dos participantes pode ter colaborado com a avaliação positiva da tecnologia no que diz respeito à compreensão, clareza, relevância e grau de relevância dos assuntos abordados na cartilha, pois esse letramento em saúde reflete no entendimento satisfatório do que foi exposto.

Compreende-se ainda que a alfabetização influencia diretamente nas escolhas reprodutivas, visto que possibilita maior acesso as informações de forma geral, incluindo conteúdo referente à planejamento reprodutivo.

5.3.7 *Questionário dissertativo para avaliação da cartilha educativa*

Quando aplicado o questionário dissertativo para avaliação da cartilha educativa, observou-se 100% de concordância na maioria dos itens. Somente 63,6% (n=14) dos participantes relataram identificar quais as partes da cartilha você não entendeu ou achou difícil.

Além disso, 31,8% (n=7) gostaria que existisse alguma outra informação nessa cartilha que não tenha sido exposta. Porém, os assuntos sugeridos para acréscimo destoavam do foco principal do estudo, como falar mais sobre IST e suas formas de transmissão e prevenção, e direitos das PVHIV. Essas são sugestões para futuros MEI.

Tabela 7 - Questionário dissertativo para avaliação da cartilha educativa. Fortaleza, Ceará, 2021.

Variáveis	N	%
COMPREENSÃO		
1. Comente sobre o que fala a cartilha		
Sim	22	100,0

Não	0	00,0
2. Ao ler a cartilha, você pode citar os métodos de concepção utilizados por casais sororoconcordantes e por casais sorodiscordantes? E sobre os métodos de contracepção, qual o principal?		
Sim	22	100,0
Não	0	00,0
3. Você pode explicar quais os benefícios do planejamento reprodutivo?		
Sim	22	100,0
Não	0	00,0
4. Diante da cartilha, você pode dizer como deve estar sua saúde para que você possa planejar ter um filho(a)?		
Sim	22	100,0
Não	0	00,0
5. Você pode identificar quais as partes da cartilha você não entendeu ou achou difícil?		
Sim	14	63,6
Não	8	36,4
ATRATIVIDADE		
6. Você tem vontade de ler essa cartilha até o fim? (Se não, pode me dizer porquê?)		
Sim	22	100,0
Não	0	00,0
7. Você acredita que pode seguir o que a cartilha mostra?		
Sim	22	100,0
Não	0	00,0
AUTOEFICÁCIA		
8. Você precisa saber mais alguma coisa para seguir a orientação da cartilha? O que está faltando?	22	100,0
Sim	0	00,0
Não		
9. Quais métodos parecem mais importantes? Você sabia de todos?		
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
10. Você gostaria que existisse alguma outra informação nessa cartilha que não tenha sido exposta?		
Sim	7	31,8
Não	15	68,2
ACEITAÇÃO CULTURAL		
11. Tem alguma coisa nessa cartilha que você acha agressiva, ruim, que a incomoda?		
Sim	22	100,0
Não	0	00,0
12. O que você gostou nessa cartilha? E o que você não gostou nessa cartilha?		
Sim	21	95,4
Não	1	4,6
PERSUASÃO		
13. Você pretende seguir as informações da cartilha para auxiliá-la no planejamento reprodutivo?		
Sim	22	100,0
Não	0	00,0
14. Você acha que, caso tenha que informar alguma outra pessoa sobre planejamento reprodutivo para pessoas vivendo com HIV, informaria conforme demonstra a cartilha?		
Sim	22	100,0
Não	0	00,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a explanação da cartilha foi aplicado o questionário exposto acima. Pode-se perceber que o índice de respostas as perguntas abertas foram praticamente de (100%), intensificando o fato de que uma boa leitura do MEI oferece muitos ensinamentos aos leitores.

5.3.8 Instrumento para avaliação da cartilha educativa quanto à compreensão

Todos os participantes relataram que as figuras apresentadas ajudam uma melhor compreensão do assunto.

Tabela 8 - Instrumento para avaliação da cartilha educativa quanto à compreensão. Fortaleza, Ceará, 2021.

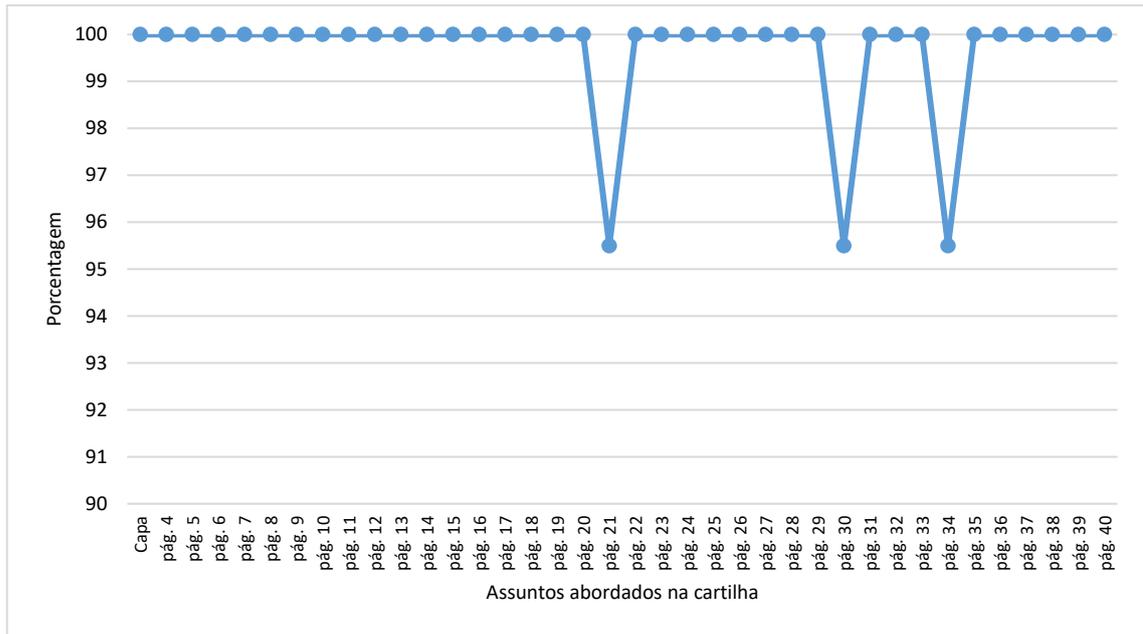
As figuras apresentadas na cartilha com relação ao planejamento reprodutivo	N	%
Ajudam para que você tenha uma melhor compreensão do assunto	22	100,0
Dificultam a compreensão do assunto	0	00,0
Outro	0	00,0

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.9 INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA QUANTO À CLAREZA, RELEVÂNCIA E GRAU DE RELEVÂNCIA DOS ASSUNTOS ABORDADOS NA CARTILHA

Ao avaliar a clareza dos assuntos abordados na cartilha, todas as páginas da cartilha tiveram mais de 95% de clareza. Somente as páginas 21, 30 e 34 tiveram 95,5% de clareza. As demais apresentaram 100% de clareza.

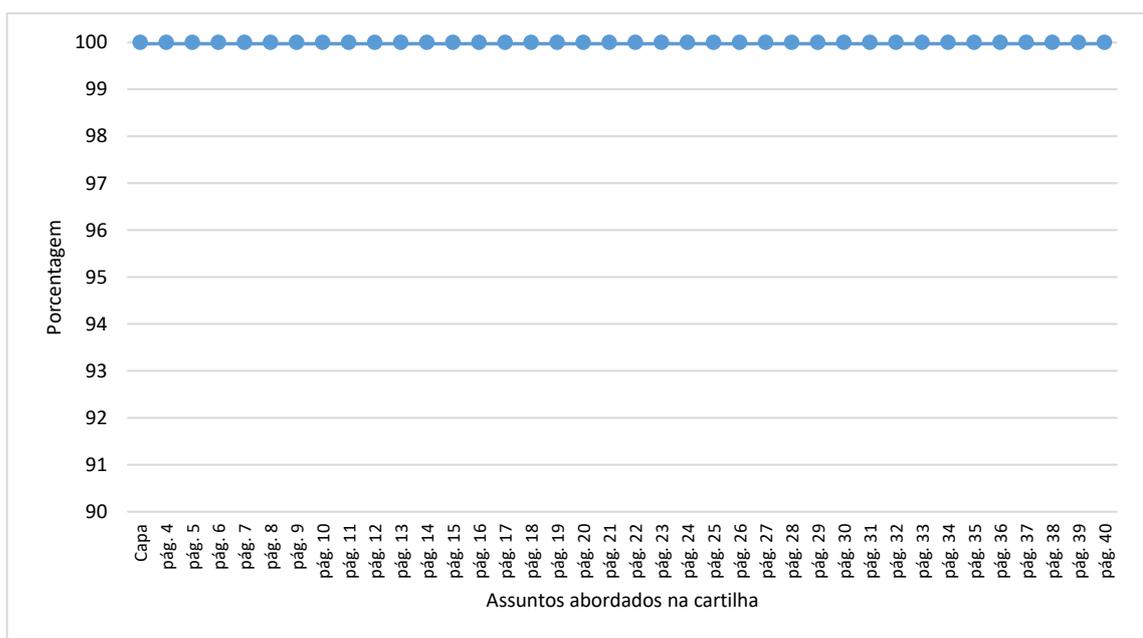
Estudo de Sabino (2018), aplicou o mesmo instrumento para avaliação de cartilha junto a mães na promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, esse apresentou resultado semelhante, a clareza de seu material foi avaliada positivamente com 86,9% de concordância entre o público-alvo.



Fonte: Elaborado pela autora.

Ao avaliar a relevância dos assuntos abordados na cartilha, todas as páginas da cartilha tiveram mais de 100% de concordância. Sabino, 2018, obteve a relevância de sua cartilha com avaliação satisfatória por 95,6% do seu público-alvo, resultado que corrobora com o apresentado acima.

Gráfico 2 - Relevância dos assuntos abordados na cartilha educativa. Fortaleza, Ceará, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.9.1 GRAU DE RELEVÂNCIA

Ao avaliar o IVC das páginas da cartilha, identificou-se que todos os itens foram considerados relevantes ($IVC > 0,80$). Na análise do IVC individual, somente a página 21 apresentou menor valor ($IVC = 0,86$), mesmo assim o valor estava dentro do ponto de corte considerado para validade ($IVC > 0,80$). O instrumento como um todo apresentou um IVC geral de 0,97 (IC95%: 0,96 – 0,98).

Tabela 9 - Avaliação do grau de relevância das páginas da cartilha. Fortaleza, Ceará, 2021.

Item	IVC	IC95%		Sig. (0.90)
		Limite Inferior	Limite Superior	
Capa	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 4	0.91	0.71	0.99	0.62
Pág. 5	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 6	0.91	0.71	0.99	0.62
Pág. 7	0.96	0.77	1.00	0.34
Pág. 8	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 9	0.96	0.77	1.00	0.34
Pág. 10	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 11	0.86	0.65	0.97	0.38
Pág. 12	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 13	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 14	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 15	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 16	0.91	0.71	0.99	0.62
Pág. 17	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 18	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 19	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 20	0.91	0.71	0.99	0.62
Pág. 21	0.86	0.65	0.97	0.38
Pág. 22	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 23	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 24	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 25	0.96	0.77	1.00	0.34
Pág. 26	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 27	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 28	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 29	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 30	0.91	0.71	0.99	0.62
Pág. 31	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 32	0.96	0.77	1.00	0.34
Pág. 33	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 34	1.00	0.85	1.00	0.10

Pág. 35	0.96	0.77	1.00	0.34
Pág. 36	0.96	0.77	1.00	0.34
Pág. 37	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 38	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 39	1.00	0.85	1.00	0.10
Pág. 40	0.96	0.77	1.00	0.34
Cartilha completa	0.97	0.96	0.98	0,97

Fonte: Elaborado pela autora.

Estudo de validação com público-alvo apresentou IVC global de 0,99, demonstrando um excelente nível de concordância entre as mães que validaram a cartilha (SABINO, 2018). Em consoante, o presente estudo apresentou IVC global de 0,97, valor também considerado um ótimo nível de concordância entre a população.

Os materiais educativos impressos são tecnologias aliadas dos profissionais de saúde, servindo de arcabouço teórico, além de aproximar as pessoas por meio de figuras e diálogos, sendo amplamente aceitos pelo público como demonstram os estudos acima. Atuando ainda como facilitadores das práticas de educação em saúde.

A educação em saúde é considerada uma função inerente à prática de enfermagem e uma responsabilidade essencial da profissão. Neste sentido, o(a) enfermeiro(a) amplia cada vez mais seu papel como educador(a), não só comunicando conteúdos em intervenções educativas, mas também avaliando os recursos educativos mediados pelos materiais educativos produzidos para consumo de seus educandos (FREITAS, 2008). Os materiais educativos assumem um papel importante no processo de educar em saúde, pois além de facilitarem a mediação de conteúdos de aprendizagem, funcionam como recurso prontamente disponível para que o paciente e sua família possam consultá-lo quando diante de dúvidas no desenvolvimento do cuidado (OLIVEIRA, 2014; FREITAS, 2008).

O enfermeiro pode atuar diretamente nas intervenções educativas, tanto comunicando os conteúdos, como avaliando recursos educativos, produzidos para o uso na educação em saúde. O uso ampliado de materiais educativos possibilita uma maior aproximação do locutor (enfermeiro) do paciente e da família (leitor) e do material educativo escrito (FREITAS, 2008). Logo, surgem desafios e exige definição clara dos objetivos educacionais a serem atingidos. Uma abordagem participativa utilizada na construção do material permite identificar as maiores demandas do paciente e construir um material que atenda a essas demandas (OLIVEIRA, 2014).

6 CONCLUSÃO

A cartilha obteve um excelente IVC global (0,96), sendo o conteúdo validado com pelo menos 90% de concordância entre os juízes especialistas. Ao utilizar o instrumento SAM, 91% do material foi classificado pelos juízes como um material com grau de recomendação “superior”. Na validação de aparência com o público-alvo foi aplicada a escala de letramento em saúde, observou-se que 90,9% dos participantes (n=20) possuem alta alfabetização. Quando aplicado o questionário dissertativo para avaliação da cartilha com as PVHIV observou-se 100% de concordância na maioria dos itens, todas as páginas tiveram mais de 95% de clareza e 100% de concordância quanto à relevância dos assuntos, ainda relataram que as figuras apresentadas ajudam para uma melhor compreensão do conteúdo. O IVC global calculado pelo grau de relevância com as PVHIV foi de 0,97. Pode-se concluir que a tecnologia elaborada é válida, com alto grau de recomendação pelos juízes especialistas para ser utilizada com as pessoas vivendo com HIV, assim como alcançou um ótimo nível de concordância entre as pessoas que avaliaram o material.

Os dados reforçam que o material foi avaliado positivamente, podendo gerar benefícios para as pessoas que o desfrutarem, proporcionando conhecimento para escolhas reprodutivas conscientes e aprendizado acerca do seu autocuidado.

As limitações da presente pesquisa consistiram nas dificuldades enfrentadas pelos pesquisadores diante da pandemia de COVID-19 tais como adoecimento dos pesquisadores, problemas psicológicos advindos do estresse da pandemia, dificuldade em contatar os juízes especialistas e obter retorno dos mesmos. Espera-se que a presente pesquisa possa contribuir com iniciativas direcionadas a ampliar as possibilidades de planejamento reprodutivo das pessoas vivendo com HIV a partir do uso de novas tecnologias, a exemplo dos materiais educativos.

É necessário reconhecer a importância de tecnologias educativas focadas no planejamento reprodutivo e sua ampla divulgação na comunidade. Recomenda-se a realização de futuros estudos como ensaios clínicos randomizados para avaliar a eficácia da intervenção e pesquisas experimentais que possam comparar essa metodologia com outros tipos de tecnologias.

REFERÊNCIAS

- ABREU, S. R. de *et al.* Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/aids), Caxias-MA. **R. Interd.**, Teresina, v. 9, n. 4, p. 132-141, out/nov/dez. 2016. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1227>>. Acesso em: 18 mar. 2019.
- ADENIYI, O. V. *et al.* High Rate of Unplanned Pregnancy in the Context of Integrated Family Planning and HIV Care Services in South Africa. **BMC health serv. res. (Online)**, London, v. 18, n. 1, p. 1, fev. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5828463/>>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011.
- ALVES, A. M. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção de quedas em idosos.** 2017. 167f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.
- BALSELLS, M. M. D. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto: desenvolvimento de cartilha educativa.** 2018. 145f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
- BERNIER, MJ. Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. **Patient Education and Counseling**, Limerick 1996 Dec;29(3):283-99.
- BEZERRA, K. C. **Elaboração e validação de vídeo educativo para adesão de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos ao uso do pessário vaginal.** 2016. 152fl. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O MÉTODO DA REVISÃO INTEGRATIVA NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p.121-136, 2 dez. 2011. Revista Gestao e Sociedade. <http://dx.doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV Aids**. v. número especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção Da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar**. Série A. Normas e manuais técnicos. n.40. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

CALIARI, Juliano Souza; GONÇALVES, Jamila Souza; SOUZA, André Luiz Thomaz. Teorias de Enfermagem aplicadas à pacientes hospitalizados: Revisão Integrativa de Literatura. **Revista Eixos Tech**, v. 4, n. 1, 2017.

CAMARGO, R. M. **HIV NO PRÉ-NATAL: Revisão integrativa da literatura**. 2016. 18 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, Universidade do Vale do Rio Sinos, Porto Alegre, 2016.

CARVALHO, Jessica; TAVARES, Igor. TEORIA DE OREM E O PACIENTE RENAL CRÔNICO: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. **Anais Concifa**, v. 1, n. 1, 2018.

CAVIQUE, L. Legibilidade de Artigos Científicos: Análise de Dados da RCC. **Revista de Ciências da Computação**, v. 3, n. 3, p. 59-65, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Simply put**. A guide for creating easy-to-understand materials. CDC, 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf>. Acesso em: 10 out 2019.

CHIBWESHA, C. J. *et al*. Modern Contraceptive and Dual Method Use among HIV-Infected Women in Lusaka, Zambia. **Infectious Diseases In Obstetrics And Gynecology**, [s.l.], v. 2011, p.1-8, 2011. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/261453>.

COHEN, C. R. *et al.* Integration of family planning services into HIV care clinics: Results one year after a cluster randomized controlled trial in Kenya. **Plos One**, [s.l.], v. 12, n. 3, p.1-15, 22 mar. 2017. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0172992>.

Conselho Federal de Medicina (CFM). **Codigo de Etica Medica**: Resolucao CFM no 1.931/2009; Codigo do Processo Etico Profissional: Resolucao CFM no 2.023/2013/ Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul – Porto Alegre: Stampa Comunicacao, 2014. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/cem_e_cpep.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

CORDEIRO, L. I. *et al.* Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 775-782, 2017.

DEATRICK, D.; AALBERG, J.; CAWLEY, J. **A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials**. Guidelines for Effective Print Communication. Corporight, 2010. Disponível em:<http://www.mainehealth.org/workfiles/MH_LRC/MH_Print%20Guidelines_Intranet.pdf>. Acesso em: 10 out 2019.

DIAS, S. R. S. *et al.* Viver com HIV em tempos de feminização da aids. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 10, p. 9513-9519, out. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10895/12155>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

DO NASCIMENTO, Ludmila Alves *et al.* Validation of educational video to promote self-efficacy in preventing childhood diarrhea. **Health**, v. 7, n. 02, p. 192, 2015.

DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1996.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIÁ, M. O. B. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.2, p.225-230, 2012.

Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG). **Declaracao dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Virus da Aids**. Porto Alegre (RS), 1989. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2006/40054/declaracao_dos_direitos_fundamentais_DA_pessoa_por_28542.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

Federal Plain Language Guidelines. **The Plain Language Action and Information Network (PLAIN)**. PLAIN, 2011. Disponível em: <<http://www.plainlanguage.gov/howto/guidelines/FederalPLGuidelines/FederalPLGuidelines.pdf>> Acesso em: 10 out 2019.

FEHRING, R. Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In: HURLEY, M.E. (ed.). **Classification of nursing diagnoses**: Proceedings of the sixth conference (pp.183-190). St.Louis (MO): Mosby, 1986.

FEIJÃO, Alexandra Rodrigues et al. Instrumento de consulta de enfermagem para pessoas com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana/tuberculose. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 5, p. 754-761, 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Nova Fronteira, 1999.

FLESCHE, R. A new readability yardstick. **Journal of Applied Psychology**, v. 32, n.3, p. 221-233, 1948.

FONTENELE, M. S. M. et al. Desenvolvimento e avaliação de cartilha para promover estilo de vida saudável em pessoas com HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

FOSTER, P. C.; JANSSENS, N.P; OREM, D. E. In: George JB, organizadora. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 90-107.

GARCIA, A. K. A. *et al.* Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 6, p.1215-1222, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>

GALDINO, Y. L. S. *et al.* Validação de cartilha sobre autocuidado com pés de pessoas com Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 780-787, 2019.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artmed Editora. 2000. 375 p.

GUEDES, D. S. **Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. 2017.191f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

GUIMARÃES, M. D. C. *et al.* Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação? **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, p. 182-190, maio 2017.

HOFFMANN, T.; WORRALL, L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. **Disabil Rehabil**, v.7, n.26. p. 1166-1173, 2004.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWER, W. S.; GRADY, D. G. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

JASMIM, Juliane da Silveira et al. **Uma cartilha como ferramenta de tecnologia educacional para o desenvolvimento de competências do enfermeiro no cuidado ao paciente com Diabetes Mellitus na estratégia de saúde da família**. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J. Adv. Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 242 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

JESUS, Giselle Juliana de et al. Construção e validação de material educativo para a promoção de saúde de pessoas com HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

LIMA, Ivana Cristina Vieira de et al. Reproductive aspects and knowledge of family planning among women with Acquired Immunodeficiency Syndrome. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

LIMA, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa et al. Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, p. 181-189, 2017.

LIMA, K. F. **Cartilha educativa para a promoção da autoeficácia de pais e/ou cuidadores no controle e manejo da asma em crianças**. 2018. 176f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 8. ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2013.

LOPES MV, SILVA VM, ARAUJO TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **Int J Nurs Knowl**. 2012;23(3):134-139.

LOPEZ, L.M. *et al.* Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV. **Cochrane database syst. rev. (online)**., Oxford, v. 8, p. 1-4, ago. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27505053>>. Acesso em: 22 jul 2019.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v.35, n.6, p.382-5, 1986.

MAGNABOSCO, G. T. *et al.* Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1-7, 16 jul. 2018. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0015>.

MARK, K. E. *et al.* Contraception among HIV Concordant and Discordant Couples in Zambia: A Randomized Controlled Trial. **Journal Of Women's Health**, [s.l.], v. 16, n. 8, p.1200-1210, out. 2007. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2006.0238>.

MARTINS, T. B. F.; GHIRALDELO, C. M.; NUNES, M. G. V.; OLIVEIRA, O. N. J. R. **Readability formulas applied to textbooks in brazilian portuguese** (Notas do ICMC-USP, Série Computação). 1996.

MASON J. *et al.* The role of family planning in achieving safe pregnancy for serodiscordant couples: commentary from the United States government's interagency task force on Family planning and HIV service integration. **J. Int. aids soc.** London, v. 20, p. 4-11, mar. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28361500>>. Acesso em: 20 mar.2019.

- MEIRELES, G.M.S. *et al.* A atuação do enfermeiro no planejamento familiar. **Revista Recien.**, São Paulo, v. 4, n. 10, p.18-23, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/65>>. Acesso em: 22 mar. 2019.
- MELNYK BM, FINEOUT-OVERHOLT E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- MENDES, E.R. da R., et al. Assessment of Educational Videos on the Prevention and Management of Infant Diarrhea: Documental Study. **Health**, v. 7, p. 1215-1223, 2015.
- MENDES, Carla Rodrigues et al. Elaboração de cartilhas para pacientes internados na cirurgia geral de um hospital federal da rede pública de saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 8, n. 1, 2014.
- MENEGAZ, Jouhanna do Carmo et al. **Elaboração de cartilha educativa para profissionais sobre a importância da família no cuidado do paciente com esquizofrenia.** TCC(especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Atenção Psicossocial. 2016.
- MOHER D., LIBERATI A., TETZLAFF J. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med** [Internet]. 2009 [acesso em 2018 jul 25]; 6(7): e1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- MMEJE, O. *et al.* Perspectives of healthcare providers and HIV-affected individuals and couples during the development of a Safer Conception Counseling Toolkit in Kenya: stigma, fears, and recommendations for the delivery of services. **AIDS care**, 2016, 28.6: 750-757.
- MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.56 n.2, p. 184-188, 2003.
- MOURA LOPES, Emeline et al . Teoria do autocuidado na assistência às mulheres que vivem com AIDS: utilidade da teoria. **av.enferm.**, Bogotá , v. 33, n. 2, p. 241-250, May 2015 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.35817>.
- MUDIOPE, P. *et al.* Greater involvement of HIV-infected peer-mothers in provision of reproductive health services as “family planning champions” increases referrals and uptake of family planning among HIV-infected mothers. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.1-9, 27 jun. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2386-x>
- NGURE, K. *et al.* Successful increase in contraceptive uptake among Kenyan HIV-1-serodiscordant couples enrolled in an HIV-1 prevention trial. **Aids**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.89-95, nov. 2009. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.aids.0000363781.50580.03>.

- NEGRETTO, G. W.; ALMEIDA, S. H. O.; DAL PIZZOLI, T. S. Development and evaluation of printed educational material to improve the medication compliance of pediatric patients after hospital discharge. **Revista HCPA**, v. 31, n. 4, p. 443-450, 2011.
- NICOLAU, A.I.O. **Conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino**. 2010. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- NORWOOD, S. **Research strategies for advanced practice nurses**. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health, 2006.
- OREM DE. **Nursing: concepts of practice**. New York: McGraw-Hill; 1985.
- OREM DE. **Nursing: concepts of practice**. New York: McGraw-Hill; 1971.
- PASQUALI, L. Instrumentação psicológica-fundamentos e práticas (Artmed). **Porto Alegre**, 2010.
- PASQUALI, L. **Instrumentos Psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM; IBAPP, 1999.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília (DF): UnB; 1997.
- PESSOA, Natália Ramos Costa et al. Tecnologias educacionais direcionadas para pacientes renais crônicos na promoção do autocuidado. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 756-762, 2019.
- PHIRI, S. *et al.* Integrating reproductive health services into HIV care: strategies for successful implementation in a low-resource HIV clinic in Lilongwe, Malawi. **Journal Of Family Planning And Reproductive Health Care**, [s.l.], v. 42, n. 1, p.17-23, 22 abr. 2015. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100816>.
- PIRES, A. F. et al. A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, 2015, 9.2.
- POKHAREL, R. et al. Knowledge and utilization of family planning methods among people living with HIV in Kathmandu, Nepal. **BMC health services research**, 2018, 18.1: 836.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiko Komura; GOMES, Ana Luisa Zaniboni. El proceso de construcción de material educativo para la promoción de la salud de la gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 101-108, 2012.
- REIS, R. K.; NEVES, L. A. S.; GIR, E. O desejo de ter filhos e o planejamento familiar entre casais sorodiscordantes ao HIV. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 210-218, abr/jun. 2013.

ROSA, Ana Raquel Rodrigues et al. EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO: INVESTIGAÇÃO SOBRE O CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018.

SABINO, Leidiane Minervina Moraes de et al. Validação de cartilha para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1412-1419, 2018.

SALTERS, K. *et al.* Pregnancy incidence and intention after HIV diagnosis among women living with HIV in Canada. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 12, n. 7, p. 1-19, jul. 2017. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180524>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SANTOS, M. L.; VITORIANO, Y. O.; BARBOSA, M. U. F. ELABORAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O AUTOCUIDADO DE PACIENTES DOMICILIARES COM AVE. **Mostra de Fisioterapia da Unicatólica**, v.2. n.1, 2017.

SARNQUIST, C. C. *et al.* Integrating family planning and prevention of mother to child HIV transmission in Zimbabwe. **Contraception**, [s.l.], v. 89, n. 3, p.209-214, mar. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.11.003>.

SOARES CB, HOGA LAK, PEDUZZI M, SANGALETI C, YONEKURA T, SILVA DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(2):335-45

SOUZA M.T., SILVA M.D., CARVALHO R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**. [Internet]. 2010 [acesso em 2018 set 08]; 8(1): 102-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

SUKA, Machi et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). **Environmental health and preventive medicine**, v. 18, n. 5, p. 407, 2013.

TWEYA, H. et al. Integrating family planning services into HIV care: use of a point-of-care electronic medical record system in Lilongwe, Malawi. **Global health action**, 2017, 10.1: 1383724.

WALL, k. M. *et al.* Impact of Long-Term Contraceptive Promotion on Incident Pregnancy. **J AIDS Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [s.l.], v. 63, n. 1, p.86-95, maio 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/qai.0b013e31827ee19c>.

WHO, **Sexually transmitted infection (STIs)**. Fact sheet. August 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>>. Acesso em: 7 jun. 2019.

WHO, **Family planning/Contraception**. February 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>>. Acesso em: 20 out. 2019.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
JUÍZES ESPECIALISTAS DA CARTILHA EDUCATIVA**

Prezado(a) Senhor(a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“Construção e validação de cartilha educativa para planejamento familiar de pessoas vivendo no contexto do hiv”**. Saliento que o(a) senhor(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. O objetivo geral do estudo é construir e validar uma cartilha direcionada ao planejamento familiar de pessoas vivendo no contexto do HIV; sendo que um dos objetivos específicos é validar o conteúdo da cartilha educativa. O material educativo foi construído à luz da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas brasileiros sobre a temática. Ainda, se destina as pessoas vivendo com HIV, maiores de 18 anos.

Além disso, os juízes especialistas que validarão a cartilha foram selecionados através de requisitos previamente estabelecidos, onde o(a) senhor(a) é considerado(a) um(uma) destes(as) que preenchem aos critérios. Vale ressaltar que sua participação poderá contribuir com um material educativo que pode trazer benefícios para a população ao qual se destina, como ofertar conhecimento sobre as formas adequadas de concepção e não concepção, a depender da escolha do indivíduo ou casal, tornando-os conscientes e responsáveis por suas decisões, buscando evitar práticas que coloquem em risco a saúde do bebê, ou do parceiro, se for HIV negativo. Os riscos de sua participação são desconforto e/ou constrangimento por precisar exhibir seus conhecimentos durante a avaliação do material. Ainda, enfatizo o fato de que o(a) senhor(a) não receberá nenhum pagamento por colaborar com a pesquisa.

Portanto, venho através deste convidá-lo(a) a participar do presente estudo na qualidade de consultor (juiz). Para isso o(a) senhor(a) receberá uma cópia da cartilha, um formulário para avaliação e uma sinopse da teoria de enfermagem utilizada para leitura caso julgue necessário. O(A) senhor(a) avaliará a cartilha nos seguintes aspectos: 1. conteúdo, 2. linguagem adequada para a população; 3. ilustrações gráficas, listas, tabelas, gráficos; 4. *layout* e tipografia; 5. estimulação para aprendizagem e motivação; 6. adequação cultural.

Convido-o(a) a participar dessa pesquisa, lembrando que sua participação é livre e exigirá disponibilidade de tempo para analisar/validar a cartilha.

Garanto que as informações que estou coletando serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para sanar dúvidas que possam ocorrer. O(A) senhor(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. Por fim, informo-lhe que, quando apresentar ou publicar o meu trabalho entre o meio acadêmico e de estudiosos sobre o assunto, será mantido o sigilo quanto aos seus dados, ou seja, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo(a).

Em caso de dúvidas contate as responsáveis pela pesquisa nos telefones abaixo:

Nome: Marli Teresinha Gimenez Galvão **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160.

Telefone para contato: ---

Nome: Ana Karoline Bastos Costa **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160.

Telefone para contato: 999168373

ATENÇÃO: Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE. Telefone: 3366-8344.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____ Data: __/__/__ Assinatura:

Nome do voluntário:

Nome do pesquisador: Data: __/__/__ Assinatura:

Nome do profissional que Data: __/__/__ Assinatura:

aplicou o TCLE:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)

Caro(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa intitulada “**Construção e validação de cartilha educativa para planejamento familiar de pessoas vivendo no contexto do hiv**”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha direcionada ao planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV; sendo que um dos objetivos específicos é validar o conteúdo da cartilha educativa. O material educativo foi construído à luz da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas brasileiros sobre a temática. Ainda, se destina as pessoas vivendo com HIV, maiores de 18 anos. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência, assim como propiciar o conhecimento das pessoas vivendo com HIV sobre planejamento familiar, tornando-as conscientes e seguras das formas de concepção disponíveis, para evitar práticas incorretas e inseguras. O estudo será realizado no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídeo, localizado na cidade de Fortaleza-CE.

Logo, você está sendo convidado(a) a participar do estudo e colaborar com a avaliação da cartilha. Lembrando que sua participação é livre e exigirá disponibilidade de tempo de 30 minutos para analisar a cartilha educativa e responder os questionamentos. Como tal, você receberá uma via da cartilha e fará uma leitura atenciosa da mesma. Após isso, farei algumas perguntas relacionadas a: compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitabilidade cultural e persuasão da cartilha educativa, para saber do(a) senhor(a) se a cartilha está adequada para ser utilizada por pessoas vivendo com HIV; se você consegue entender o que está escrito na cartilha; se você acha a cartilha atrativa e se é possível que a mesma seja aceita por essa população. Se você não estiver entendendo o que está escrito na cartilha, gostaria de ter a sua ajuda para trocar as palavras difíceis por outras mais fáceis de entender. Também serão feitas perguntas referentes as suas características sociodemográficas, clínicas, hábitos de saúde e histórico reprodutivo.

Você tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer qualquer prejuízo. A participação no estudo não lhe trará nenhum custo e você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa. Esta pesquisa oferecerá

riscos mínimos, como um possível constrangimento ao responder as perguntas, uma vez que se trata de um estudo metodológico. Para tanto, dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização do meu estudo e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo. E, finalmente, informo-lhe que, quando apresentar ou publicar o meu trabalho no meio acadêmico e de estudiosos sobre o assunto, garanto o sigilo das informações obtidas, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la.

Pesquisadora: Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Endereço: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115

Telefone para contato: (85) 3366-8448

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, abaixo assinada, _____,
_____ anos, RG: _____,

declaro que é de livre e espontânea vontade que estou como participante de uma pesquisa. Li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após a leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas, sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que esclareceram por completo minhas dúvidas. Declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Nome da participante da pesquisa: Assinatura:

Nome do pesquisador: Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE: Assinatura:

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DA CARTILHA POR JUÍZES ESPECIALISTAS

INSTRUÇÕES

Prezados juízes, o processo de avaliação da presente cartilha se dará mediante uma escala do tipo Likert. O resultado demonstrará a equivalência de conteúdo do material. A escala permite analisar as figuras e os textos da cartilha quanto a três critérios: Clareza da linguagem, Pertinência prática e Relevância teórica (PASQUALI, 2010). Para clarificar as respostas e dar-lhes segurança, abaixo estão descritas instruções com relação aos requisitos.

Os critérios **clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica** serão avaliados segundo o grau de concordância aos critérios, de modo que **1** representa “**pouquíssima**”, **2** representa “**pouca**”, **3** representa “**média**”, **4** representa “**muita**” e **5** representa “**muitíssima**”.

Clareza da linguagem: Considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população respondente. O(A) senhor(a) acredita que a linguagem de cada figura e texto da cartilha é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população? Em que nível?

Pertinência prática: Analisa se cada figura e texto possui importância para a cartilha. O(A) senhor(a) acredita que as figuras e textos propostos são pertinentes para esta população? Em que nível?

Relevância teórica: Considera o grau de associação entre as figuras e textos e a teoria. O(A) senhor(a) acredita que o conteúdo de cada figura e texto é relevante? Em que nível?

Na tabela abaixo o(a) senhor(a) analisará cada um dos critérios por página e poderá acrescentar suas sugestões.

ASSUNTOS (Figuras e textos)	CLAREZA DA LINGUAGEM As figuras e os textos possuem linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	PERTINÊNCIA PRÁTICA As figuras e os textos possuem importância para a cartilha?	RELEVÂNCIA TEÓRICA O conteúdo de cada figura e texto é relevante?	SUGESTÕES
Capa	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	

Página 2	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	
Página 3	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	

**APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA
PELO PÚBLICO-ALVO**

Nº: _____

Data: _____ / _____ / _____

Nome da Cartilha: Planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV: Tirando dúvidas sobre planejamento reprodutivo na vigência do HIV.

1 – QUESTIONÁRIO DISSERTATIVO PARA AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).	
Nível de avaliação	Fator a ser avaliado
Compreensão	1. Comente sobre o que fala a cartilha. _____ _____
	2. Ao ler a cartilha, você pode citar os métodos de concepção utilizados por casais soroconcordantes e por casais sorodiscordantes? E sobre os métodos de contracepção, qual o principal? _____ _____
	3. Você pode explicar quais os benefícios do planejamento familiar? _____ _____
	4. Diante da cartilha, você pode dizer como deve estar sua saúde para que você possa planejar ter um filho(a)? _____ _____
	5. Você pode identificar quais as partes da cartilha você não entendeu ou achou difícil? _____ _____
Atratividade	6. Você tem vontade de ler essa cartilha até o fim? (Se não, pode me dizer porquê?) _____ _____
	7. Você acredita que pode seguir o que a cartilha mostra? _____ _____
Autoeficácia	8. Você precisa saber mais alguma coisa para seguir a orientação da cartilha? O que está faltando? _____ _____
	9. Quais métodos parecem mais importantes? Você sabia de todos? _____ _____

	10. Você gostaria que existisse alguma outra informação nessa cartilha que não tenha sido exposta? _____
Aceitação cultural	11. Tem alguma coisa nessa cartilha que você acha agressiva, ruim, que a incomoda? _____
	12. O que você gostou nessa cartilha? E o que você não gostou nessa cartilha? _____
Persuasão	13. Você pretende seguir as informações da cartilha para auxiliá-la no planejamento familiar? _____
	14. Você acha que, caso tenha que informar alguma outra pessoa (homem ou mulher) sobre os métodos de planejamento familiar, informaria conforme demonstra a cartilha? _____

2 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA QUANTO À COMPREENSÃO.

As figuras apresentadas na cartilha com relação ao planejamento familiar:

() Ajudam para que você tenha uma melhor compreensão do assunto.

() Dificultam a compreensão do assunto.

() Outro. Qual? _____

3 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA QUANTO À CLAREZA, RELEVÂNCIA E GRAU DE RELEVÂNCIA DOS ASSUNTOS ABORDADOS NA CARTILHA.

Assuntos da cartilha	Clareza	Relevância	Grau de relevância	Sugestões
Capa	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante	
Página 2	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante	

APÊNDICE E – CARTA-CONVITE PARA JUÍZES ESPECIALISTAS

Prezado(a) senhor(a),

Eu, Ana Karoline Bastos Costa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, juntamente com a Professora Marli Teresinha Gimenez Galvão, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “**Construção e validação de cartilha educativa para planejamento familiar de pessoas vivendo no contexto do hiv**”, a qual possui como objetivo geral: “Construir e validar uma cartilha direcionada ao planejamento familiar de pessoas vivendo no contexto do HIV”. A cartilha foi construída à luz da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas brasileiros sobre a temática. Ainda, se destina as pessoas vivendo com HIV, maiores de 18 anos.

As atividades educativas realizadas durante a aplicação do material educativo poderão contribuir para o empoderamento das pessoas vivendo com HIV, dando-lhes a oportunidade de ter conhecimento acerca de uma temática muito importante que é o planejamento familiar, favorecendo a população e permitindo-os escolher sobre ter ou não filhos na vigência do HIV, visto que muitos acreditam não ser possível tal fato, ou ainda o fazem de forma insegura para o casal e para o bebê. Com isso, faz-se necessário “Construir uma cartilha educativa que informe sobre planejamento familiar na vigência do HIV” e “Validar o conteúdo e a aparência da referida cartilha educativa junto a juízes”.

Deste modo, surgiu o interesse em realizar a construção de uma cartilha educativa padrão a ser utilizada no planejamento familiar das pessoas vivendo com HIV, com o objetivo de ofertar conhecimento sobre as formas adequadas de concepção e não concepção, a depender da escolha do indivíduo ou casal, tornando-os conscientes e responsáveis por suas decisões, buscando evitar práticas que coloquem em risco a saúde do bebê, ou do parceiro. Diante da relevância do tema, é fundamental desenvolver tecnologias educativas que esclareçam a população, e que de fato sejam factíveis, que possam ser utilizadas pelo público-alvo.

Por fim, reconhecendo sua experiência profissional e/ou acadêmica em uma ou mais das seguintes áreas de conhecimento (HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Saúde coletiva, Saúde comunitária), você foi escolhido (a) para avaliar o conteúdo da referida cartilha educativa. Portanto, venho por meio deste convidá-lo para julgar o material apresentado acima.

É importante mencionar a inexistência de materiais educativos voltados para essa população no que diz respeito ao planejamento familiar, ressaltando uma lacuna na literatura. A cartilha se direciona as pessoas vivendo com HIV que são atendidas em unidades ambulatoriais ou atenção básica de Fortaleza-CE.

As atividades que venho, por gentileza, solicitar ao(a) senhor(a) são: 1 – Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordar em participar da pesquisa assinando-o; 2 – Realizar a leitura da cartilha; 3 – Preencher os instrumentos de avaliação da cartilha, incluindo um questionário de caracterização dos juízes. 4 – Leitura da síntese da Teoria do Déficit do Autocuidado, caso seja necessário.

Ressaltamos a necessidade de que, como juiz especialista, limite-se apenas ao conteúdo da cartilha.

Visando seguir fielmente o cronograma dessa pesquisa, peço que se possível, o(a) senhor (a) devolva os instrumentos no prazo de 15 dias.

Após a avaliar o material, informo que todos os juízes receberão uma declaração, emitida pela Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, afirmando a participação na presente pesquisa na condição de juiz.

Desde já, grata por sua disponibilidade em compartilhar seu tempo e conhecimento com essa pesquisa. Estou certa de que sua contribuição é de grande valor para garantir a excelência

do material, permitindo ampliar as possibilidades do estudo. Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Fortaleza/Ce, ____ de _____ de _____.

Ana Karoline Bastos Costa

Mestranda em Enfermagem – UFC

Bolsista CAPES

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448/99916-8373

E-mail: anakaroline14@hotmail.com

Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Orientadora

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: marligalvão@gmail.com

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS

CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS

Especialista N° _____

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Local onde se graduou: _____

Ano: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Experiência com HIV/IST/Infecologia (em anos): _____

Experiência com saúde coletiva/pública (em anos): _____

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM () 2. NÃO ()

Se sim, qual a temática: _____

2- QUALIFICAÇÃO

Formação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Temática da dissertação: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Temática da tese: _____

Outros: _____

Ocupação atual: 1. Assistência: _____ anos 2. Ensino: _____ anos

3. Pesquisa: _____ anos 4. Consultoria: _____ anos

3- TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO

TEMPO DE ATUAÇÃO

4-PUBLICAÇÕES

Artigos publicados na temática do material educativo.

1. Sim (); 2. Não (). Se sim, quantos? _____

Livros publicados na temática do material educativo.

1. Sim (); 2. Não (). Se sim, quantos? _____

APÊNDICE G – SINOPSE DA TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO

O presente estudo utilizará como referencial teórico a Teoria Geral de Enfermagem de Orem. Considerada uma das grandes teorias da enfermagem, foi desenvolvida por Dorothea Elizabeth Orem, uma enfermeira estadunidense, entre 1958 e 1985. Inicialmente foi publicado o “Nursing: concepts of practice”, em português conceitos de autocuidado, em 1971, e sua terceira edição publicada em 1985, abordou a Teoria Geral da Enfermagem.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é formada por três constructos teóricos inter-relacionados: 1. A Teoria do Autocuidado; 2. A Teoria do Déficit do Autocuidado; 3. A teoria dos Sistemas de Enfermagem. A Teoria retrata sobre o que determina que o ser humano necessite dos cuidados de enfermagem, já que quando esse é capaz, é responsável por cuidar de si, exercer seu autocuidado.

A primeira teoria é a Teoria do Autocuidado, ela se refere a realização do autocuidado em si, das capacidades e exigências terapêuticas, assim como os requisitos necessários para o autocuidado, e ainda justifica porque o autocuidado é necessário para a saúde. As capacidades são condicionadas por fatores como idade, experiências de vida, orientação sociocultural, estado de desenvolvimento, saúde e recursos disponíveis (GEORGE, 2000).

A segunda teoria é a Teoria do Déficit de Autocuidado, essa especifica quando são necessárias as intervenções de enfermagem para auxiliar o ser humano na execução e busca do autocuidado devido um déficit no mesmo, sendo solicitada a ação da enfermagem no oferecimento de ajuda quando um indivíduo não é capaz ou tem limitações para exercer seu autocuidado de modo contínuo e eficaz. A partir disso, Orem delimita cinco métodos de ajuda que a enfermagem pode aplicar para promover esse processo cuidativo: agir ou fazer para o outro indivíduo; orientar e guiar outra pessoa; amparar com apoio holístico; fornece um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; e ensinar ao outro (GEORGE, 2000).

Além disso, a Teoria do Déficit do Autocuidado é uma forma de oferecer cuidados de enfermagem para pacientes crônicos, sendo utilizada inicialmente para reabilitação e cuidados primários. Por fim, percebe-se que o cuidado é direcionado as necessidades reais dos indivíduos e ainda permite a pessoa assistida receber cuidado de forma holística (FOSTER; JANSSEN; OREM; 2000). Por se tratar de uma teoria que abrange pacientes crônicos, essa pode ser aplicada as PVHIV.

Finalmente, a terceira teoria é a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, essa se baseia nas necessidades de autocuidado dos indivíduos e que para compensá-los existe a demanda dos cuidados da enfermagem, explica ainda a forma que as pessoas são ajudadas pela enfermagem e aborda as capacidades dos pacientes para executar as atividades de autocuidado (GEORGE, 2000).

Os sistemas de enfermagem são classificados em três: sistema totalmente compensatório, quando o indivíduo é incapaz de aderir as atividades de autocuidado; sistema parcialmente compensatório, neste o enfermeiro e o paciente estão engajados nas ações do autocuidado; e sistema de apoio-educação, onde subtende-se que a pessoa que recebe orientação e assistência é capaz de desempenhar as condutas inerentes ao autocuidado (GEORGE, 2000).

Orem define o conceito de autocuidado como a prática de atividades, iniciadas e desempenhadas pelas pessoas em benefício próprio, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, sendo responsáveis por gerir seu funcionamento e desenvolvimento (OREM, 1985).

Na literatura, estudos abordam o autocuidado de pacientes crônicos, por exemplo, uma revisão integrativa sobre paciente renal crônico e a Teoria do Autocuidado de Orem objetivou demonstrar a importância da aplicação da teoria na avaliação e execução de planos e medidas para promover a qualidade de vida desses pacientes. Essa pesquisa identificou que a atuação do enfermeiro como promotor do autocuidado foi fundamental, sendo seu papel indispensável na reabilitação desses pacientes, viabilizando-o retornar suas atividades diárias e reestabelecer a

saúde (CARVALHO, TAVARES, 2018). Nota-se por meio desses a importância da Teoria de Orem para promoção do autocuidado desses indivíduos.

A teoria de Orem destacou-se no cenário das teorias de enfermagem aplicadas à paciente hospitalizada (CALIARI, GONÇALVES, SOUZA, 2017) Ademais, a teoria Geral de Enfermagem de Orem também vem sendo utilizada como referencial teórico para a construção de tecnologias educacionais de pacientes renais crônicos para promoção do autocuidado (Pessoa *et al.*, 2019).

Já na vertente do HIV, também considerada uma doença crônica (GUIMARÃES *et al.*, 2017) a Teoria de Orem foi utilizada para construção de um instrumento de consulta de enfermagem para pessoas com coinfeção HIV/tuberculose (FEIJÃO *et al.*, 2015) e também na construção de instrumento para consulta de enfermagem para pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (GUEDES, 2017).

Estudo que analisou a utilidade da Teoria do autocuidado na assistência às mulheres vivendo com aids, evidenciou que a teoria foi fundamental para avaliar a capacidade e os déficits das mulheres com HIV/aids com relação ao autocuidado. Ressaltou ainda diferentes cenários de utilização da teoria, direcionados a diversos objetivos de autocuidado dessas mulheres (LOPES *et al.*, 2015).

Diversos estudos de construção de cartilhas educativas também utilizaram a Teoria de Orem como referencial teórico, desde materiais voltados para pacientes internados (MENDES *et al.*, 2014), como para profissionais da saúde (MENEGAZ *et al.*, 2016) e específicas para o desenvolvimento de competências do enfermeiro (JASMIM *et al.*, 2018).

Diante do exposto, percebe-se que a Teoria de Orem vem sendo amplamente utilizada, tanto em estudos envolvendo o autocuidado de pacientes crônicos, como na construção de instrumentos para a consulta de enfermagem, e na elaboração de materiais educativos para pacientes e profissionais. Portanto, o presente estudo optou por utilizar essa teoria como referencial teórico, mais precisamente seu segundo constructo teórico, a Teoria do Déficit do Autocuidado.

**ANEXO A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE PVHIV**

Data: _____ Número da entrevista: _____
 Local: HUWC
 Nome: _____ Pront: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Município: _____
 Telefone para contato: _____ Autoriza ligação/Zap: () Sim; () Não
 E-mail: _____ Deseja receber informações: () Sim; () Não

N.	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	COD
	Data da entrevista: _____ (DD/MM/AA)	DEN __/__/
	Data de Nascimento: _____ (DD/MM/AAAA)	DN / /
	Sexo: 1()M, 2()F	SEX
	Identidade de gênero: 1()M, 2()F; ()Outra	IG
	Orientação sexual: 1()Heterossexual; 2()Homossexual 3() Bissexual	OS
	Cor (autoinformada): 1() Branca, 2() Preta, 3() Amarela, 4() Parda, 5() Indígena	RAC
	Escolaridade em anos: _____ (zero, se não estudou)	ESC
	Profissão: () Sim: Qual _____ () Não	PRO
	Situação ocupacional: () ativo () não ativo	SO
	Renda individual mensal: R\$ _____	RI
	Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ _____	RFM
	Número de pessoas que moram no mesmo domicílio (adultos+crianças): _____	NPD
	Crença religiosa: 1()Católica; 2()Evangélica; 3()Espírita; 4()Outra: _____ ; 5()Não	REL
	FAMÍLIA	
	Tem parceiro sexual? 1()Fixo; 2() Esporádico; 3() Não	TPC
	Mora/divide o mesmo teto com o parceiro? 1() Sim; 2() Não	MDMTCP
	Parceiro sabe sobre seu diagnóstico? 1() Sim; 2() Não	PSSD
	Sorologia anti-HIV atual do seu parceiro? 1() Positiva, 2() Negativa, 3() Não sabe/Não fez; 4() Sem parceiro	SAHP
	DADOS CLÍNICOS	
	Data do diagnóstico de HIV: _____	DDHIV
	Categoria de exposição: 1() Sexual, 2() Transmissão Vertical, 3() Sanguínea/transusão, 4() Sanguínea/UDE, 5() Outro	CEXP
	Tempo de uso de TARV (meses) (0=Não usa TARV)	TRV
	Efeitos adversos da TARV: _____	EA
	Nº total de comprimidos que você toma ao dia (TARV)? _____	CMP
	Posologia (frequência da dose)? _____	POS
	Nº internações por complicações do HIV? _____	NIH
	HÁBITOS DE SAÚDE	
	Pratica atividade física?: 1() Sim, 2() Não	PAF
	Se SIM, com que frequência: 1() 1/semana 2() ≥ 3/semana; 3() Diariamente 4() Esporadicamente.	AFS ____
	Faz uso de álcool (Bebida alcoólica)? 1() Sim, 2() Não	FUA
	Se SIM: Com que frequência: 1() Diariamente, 2() Semanalmente, 3() Mensalmente, 4() Esporadicamente	FUAQ __
	Faz uso de tabaco (Cigarro de papel ou de palha)? 1() Sim, 2() Não	FUT
	Se SIM, com que frequência: 1() Diariamente, 2() Semanalmente, 3() Mensalmente, 4() Esporadicamente	FUTF ____
	Faz uso de drogas ilícitas: 1() Sim, 2() Não.	FUDI
	Se Sim. Droga 1: _____	FFUDI
	1() Diariamente, 2() Semanalmente, 3() Mensalmente, 4() Esporadicamente	
	Se Sim. Droga 2: _____	
	1() Diariamente, 2() Semanalmente, 3() Mensalmente, 4() Esporadicamente	

TARV (dados do prontuário)			
Medicamentos em uso:			
1() Abacavir (ABC)	8() Estavudina (d4T)	15() Ritonavir (RTV)	MED
2() Atazanavir (ATV)	9() Fosamperenavir (FPV)	16() Saquinavir (SQV)	
3() Darunavir (DRV)	10() Lamivudina (3TC)	17() Tenofovir (TDF)	
4() Didanosina (DDI)	11() Lopinavir /Ritonavir(LPV/r)	18() Tipanavir (TPV)	
5() Efavirez (EFV)	12() Maraviroque (MVQ)	19() Zidovudina+lamivudina- Biovir (3TC+AZT)	
6() Enfuvirtida (ENF) (T-20)	13() Nevirapina (NVP)	20() Zidovudina (AZT)	
7() Etravirina (ETR)	14() Raltegravir (RAL)	21() Dolutegravir ()	
MEDIDAS ANTROPOMÉRICAS			
Altura:			
Peso:			
IMC:			
Circunferência Abdominal:			
MEDIDA PRESSÓRICA E GLICÊMICA			
Pressão Arterial:			PA
Glicemia Capilar:			GLI
DADOS LABORATORIAIS (<i>Valores considerados de até três meses antes ou depois da entrevista</i>)			
Linfócitos T CD4+ (células/mm ³):			
Data _____	Valor: _____ %		CD4
Carga viral (cópias/ml): _____			
Data _____	Valor: _____	Log _____	CAV
Colesterol Total:			Col
HDL:			HDL
LDL:			LDL
Triglicérides			TRI
TGO			TGO
TGP			TGP
Hematócrito			HEMO
Hemoglobina			HEMA
DADOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS			
Idade da 1ª relação sexual:			IRS
Prática sexual: () 1. Oral, () 2. Anal, () 3. Vaginal, 4. () Duas ou mais formas			PSE
Nº de parceiros nos últimos 3 meses:			NPS
Nº de parceiros nos últimos 12 meses:			NPSE
HISTÓRIA DE INFECÇÃO DO TRATO GENITAL (DST/IST)			
Tem ou teve Infecção/Doenças sexualmente transmissíveis (DST/IST) () 1.Sim; () 2.Não			INTG
Se sim: Qual () 1. HPV; () 2.Sífilis; () 3.Gonorréia; () 4.Vaginose; () 5.Candidíase; () 6.Triconomíase; () 7.Outra:			TIP
História de DST/IST do PARCEIRO(a) atual? () 1.Sim; () 2. Não () se parceiro			DSTP
Se sim. Qual: () 1.HPV; () 2.Sífilis; () 3.Gonorréia; () 4.Vaginose; () 5.Candidíase; () 6.Triconomíase; () 7.Outras:			TIPP
HISTÓRICO DE GESTAÇÕES/FILHOS			
Filhos: 1() Sim . 2 () Número__ (0=Nenhum)			PF
Filhos ANTES do diagnóstico de HIV: 1() sim 2() não			FAD
Filhos DEPOIS do diagnóstico de HIV: 1() sim 2() não			FDD
Filho(s) com HIV/AIDS: () 1.Sim () 2.Não () 3. Sem definição diagnóstica. 4 () não possui			FCHIV
História de aborto ANTES do diagnóstico de HIV. () 1.Sim; () 2. Não			AHIV
Se SIM: 1.() Espontâneo; 2.() Provocado			HAAD
História de aborto DEPOIS do diagnóstico de HIV. () 1.Sim; () 2. Não			HADD
Se SIM: 1. () Espontâneo; 2. () Provocado			TA
História de prevenção de câncer GINECOLÓGICO 1. () Sim no último ano;			PCG

	2. <input type="checkbox"/> Sim, nos dois últimos anos 3. <input type="checkbox"/> Em algum tempo na vida 4. <input type="checkbox"/> Não realizou na vida;	
	História de prevenção de câncer de MAMA 1. <input type="checkbox"/> Sim no último ano; 2. <input type="checkbox"/> Sim, nos dois últimos anos 3. <input type="checkbox"/> Em algum tempo na vida 4. <input type="checkbox"/> Não realizou na vida;	PCM
DESEJO REPRODUTIVO		
	VOCÊ deseja ter filho? <input type="checkbox"/> 1. Sim; <input type="checkbox"/> 2. Não	DTF
	SEU COMPANHEIRO quer ter filhos? <input type="checkbox"/> 1.Sim; <input type="checkbox"/> 2. Não 3. <input type="checkbox"/> sem parceiro	CTFS
	AMBOS querem ter filhos? <input type="checkbox"/> 1.Sim; <input type="checkbox"/> 2. Não 3. <input type="checkbox"/> sem parceiro	ATFS
	SEU COMPANHEIRO conhece seu estado sorológico? <input type="checkbox"/> 1. Sim; <input type="checkbox"/> 2. Não 3. <input type="checkbox"/> sem parceiro	PES
CONHECIMENTO SOBRE CONTRACEPÇÃO NA VIGÊNCIA DO HIV		
	Quem tem HIV pode ter filhos: <input type="checkbox"/> 1.Sim; <input type="checkbox"/> 2. Não	HFS
	Mulher que tem HIV e o companheiro NÃO (casal discordante) pode ter filho? <input type="checkbox"/> 1.Sim; <input type="checkbox"/> 2. Não; 3 <input type="checkbox"/> Não sei	MSCN
	Mulher que tem HIV e o companheiro também (Casal concordante), pode ter filho? <input type="checkbox"/> 1.Sim; <input type="checkbox"/> 2. Não; 3 <input type="checkbox"/> Não sei	MSCS
	Recebeu orientações (Foi informada) sobre planejamento reprodutivo (de filhos) na vigência do HIV: <input type="checkbox"/> 1.Sim; <input type="checkbox"/> 2. Não	PLR
	Conhece os meios de prevenção da transmissão vertical do HIV (mãe para filho)? <input type="checkbox"/> 1.Sim; <input type="checkbox"/> 2. Não.	CPTV

ANEXO B - ESCALA DE ALFABETIZAÇÃO DE SAÚDE

(Health Literacy Scale (HLS)- 14) Traduzido e adaptado para o português brasileiro
Responda apenas uma opção na seguinte situação:

Quando você lê rótulos de anticoncepcionais, responda:		concordo muito	concordo	nem concordo, nem discordo	discordo	discordo muito
1	Eu encontro palavras que não consigo ler.					
2	A letra é muito pequena para mim (apesar de eu usar óculos).					
3	O conteúdo é muito difícil de entender.					
4	Demoro muito para ler (as instruções).					
5	Eu preciso que alguém me ajude a ler.					
Você tem dúvidas sobre quais métodos de concepção ou contracepção deve usar ou evitar e por quê? O que você faz?		concordo muito	concordo	nem concordo, nem discordo	discordo	discordo muito
6	Eu procuro informações em vários lugares.					
7	Eu encontro a informação que preciso.					
8	Eu entendo a informação encontrada.					
9	Eu falo minha dúvida sobre quais métodos devo utilizar ao enfermeiro, médico ou profissional da saúde, familiares ou amigos.					
10	Eu coloco em prática as informações encontradas no meu dia a dia.					
11	Eu sei quando as informações são boas no meu caso.					
12	Eu levo em conta se as informações são verdadeiras.					
13	Eu tenho conhecimento para julgar se as informações são confiáveis.					
14	Eu pego informações que me ajudam a tomar decisões de como melhorar minha saúde por meio da escolha dos alimentos mais saudáveis.					

ANEXO C - SUITABILITY ASSESSMENT OF MATERIALS (SAM)

		CLASSIFICAÇÃO		
FATOR	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
1. Conteúdo				
(a) Objetivo é evidente	É importante que os leitores prontamente compreendam a finalidade dos materiais. Se não perceberem o objetivo claramente, podem perder pontos principais.	() Objetivo é explicitamente indicado no título, ilustração ou na introdução.	() Está implícito ou múltiplos objetivos são indicados.	() Nenhum objetivo é indicado no título, ilustração ou na introdução.
(b) O conteúdo aborda comportamentos	O conteúdo de maior interesse e uso são informações relacionadas a um comportamento que ajudem a resolver o problema.	() O material é sobre a aplicação de conhecimentos/habilidades destinadas ao alcance de um comportamento desejável, em vez de fatos não relacionados a comportamentos.	() Pelo menos 40% do teor dos tópicos enfocam comportamentos ou ações desejáveis.	() Quase todos os temas não são abordados por comportamentos.
(c) A proposta é limitada	A proposta do material é limitada ao(s) objetivo(s) e para o que o telespectador possa razoavelmente aprender no tempo permitido.	() A proposta é limitada às informações essenciais diretamente relacionadas ao objetivo e ao que pode ser aprendido no tempo permitido.	() A proposta é expandida além do objetivo, porém não além de 40%, e os pontos principais podem ser aprendidos no tempo permitido.	() A proposta está fora dos objetivos e não consegue ser alcançada no tempo permitido.
(d) Resumo ou revisão	Uma revisão dá ao leitor a chance de ver ou ouvir os pontos principais em outras palavras, com exemplos ou imagens. Os leitores muitas vezes perdem os pontos principais na primeira exposição.	() Um resumo está incluído e os pontos principais são recontados em outras palavras e/ou exemplos ou imagens	() Alguns tópicos principais são revistos.	() Não há resumo ou revisão incluídos
2. Demanda Alfabetização/Linguagem adequada para a população				
	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
(a) Grau de leitura	Se houver texto, o nível de leitura deve ser adequado para a compreensão do telespectador.	() O texto adequado para nível de leitura de pessoas na 5ª série ou menos.	() O texto adequado para pessoas com nível de leitura de 6ª a 8ª série.	() O texto adequado para pessoas com nível de leitura acima da 8ª série.

(b) Estilo de voz ativa é usado	Estilos de conversação e de voz ativa facilitam o entendimento do texto. Enquanto que informações na voz passiva e longas ou múltiplas frases retardam o processo de leitura e tornam a compreensão mais difícil. Exemplo: “Tome sua vitamina C todos os dias”, é mais fácil de entender do que: “os pacientes são aconselhados a tomarem sua vitamina C diariamente”.	<input type="checkbox"/> Estilo de conversação, voz ativa e frases são utilizados extensivamente.	<input type="checkbox"/> Mais da metade do texto usa o estilo de conversa na voz ativa; e menos da metade das sentenças são complexas, com frases longas.	<input type="checkbox"/> A voz passiva é utilizada em todo o texto e mais da metade tem frases longas ou múltiplas
(c) Vocabulário utiliza palavras comuns	Palavras comuns explícitas são usadas. (Exemplo: Use doutor em vez de médico). Poucas palavras ou nenhuma utiliza termos gerais, tais como categorias (Exemplo: Uso de leite em vez de produtos lácteos) ou juízos de valor (Exemplo: dor que não passa em 5 minutos em vez de dor excessiva). Palavras usadas na forma de imagem que facilitem a visualização da situação (Exemplo: Use nariz escorrendo, em vez de excesso de muco).	<input type="checkbox"/> Existem todos os três fatores: 1) Palavras comuns são usados o tempo todo. 2) Técnica, conceito, categoria e palavras com juízo de valor (CCVJ) são explicadas. 3) Palavras usadas como imagens apropriadamente.	<input type="checkbox"/> Existem os três fatores: 1) Palavras comuns são usadas com frequência. 2. Palavras técnicas de juízo de valor são explicadas às vezes. 3. Alguns jargões são utilizados.	<input type="checkbox"/> Existem dois ou mais fatores: 1) Palavras incomuns são usadas com frequência. 2) Nenhuma explicação ou exemplos são dados para técnicas e palavras de juízo de valor. 3) Uso extensivo de jargões.
(d) Em primeiro lugar o contexto	Nós aprendemos novos fatos e comportamentos mais rapidamente quando o contexto é dado em primeiro lugar.	<input type="checkbox"/> Rotineiramente o contexto é dado antes da apresentação de novas informações.	<input type="checkbox"/> Pelo menos na metade do tempo, o contexto é dado antes da apresentação de novas informações.	<input type="checkbox"/> Contexto é dado no final ou não é dado.

(e) Aprendizagem mediada por sinais avançados	Aprendizagem reforçada por organizadores avançados (Sinais de estrada): cabeçalhos ou legendas de tópicos que dizem muito brevemente o que vem a seguir. Estes sinais fazem o texto parecer menos intimidante e preparam o processo de pensamento do leitor para esperar o tema anunciado.	() Quase todos os temas são precedidos por um organizador (cabeçalhos ou legendas).	() Cerca de metade dos tópicos são precedidos por organizadores (cabeçalhos ou legendas).	() Poucos ou nenhum organizador é utilizado (cabeçalhos ou legendas).
3. Ilustrações gráficas, listas, tabelas, gráficos				
	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
a) Capa	As pessoas não julgam um livro pela capa. A imagem da capa, muitas vezes é o fator decisivo em uma atitude do leitor de interesse pelo material.	() A capa possui os três critérios: 1) É amigável 2) Atrai a atenção. 3) É evidente que retrata o propósito do material.	() A capa tem um ou dois critérios: 1) É amigável 2) Atrai a atenção. 3) É evidente que retrata o propósito do material.	() A capa não tem nenhum dos critérios: 1) É amigável 2) Atrai a atenção. 3) É evidente que retrata o propósito do material.
(b) Tipo de ilustrações	Desenhos de linhas simples podem promover realismo, sem perder detalhes. Imagens são mais bem aceitas e lembradas se retratam o que é familiar e facilmente reconhecido. Os espectadores podem não reconhecer o significado dos símbolos médicos ou abstratos.	() Existem os dois fatores: 1) Utilização de desenhos e traços apropriados para adultos. 2) As ilustrações são susceptíveis de serem familiares aos leitores.	() Existe apenas um dos fatores: 1) Utilização de desenhos e traços apropriados para adultos. 2) As ilustrações são susceptíveis de serem familiares aos leitores.	() Não existe nenhum dos fatores: 1) Utilização de desenhos e traços apropriados para adultos. 2) As ilustrações são susceptíveis de serem familiares aos leitores.
(c) Relevância das ilustrações	Detalhes irrelevantes, tais como fundos de quarto, bordas elaboradas, cores desnecessárias podem distrair o espectador. Os olhos do espectador podem ser distraídos para esses detalhes. As ilustrações devem	() Ilustrações apresentam mensagens visuais fundamentais para que o leitor possa compreender os pontos principais sozinho, sem distrações.	() 1) Incluem algumas distrações. 2) Uso insuficiente de ilustrações.	() Sem ilustrações ou um excesso de ilustrações.

	evidenciar os pontos principais.			
(d) Lista, tabelas, gráficos, formas	Muitos leitores não compreendem o propósito de listas e gráficos. Explicações ou orientações são essenciais.	() Fornece instruções com exemplo para construir a autoeficácia (confiança).	() As explicações são insuficientes para os leitores compreenderem a usar o gráfico sem ajuda.	() Os gráficos são dados sem qualquer explicação. Gráficos adequados são apresentados sem qualquer explicação comentar.
(e) As legendas são utilizadas.	As legendas são usadas para explicar gráfico, podendo rapidamente dizer ao leitor acerca do que o gráfico é e onde se concentrar dentro do gráfico. Um gráfico sem legenda normalmente perde a oportunidade de aprendizagem.	() Legendas explicativas são incluídas em todas ou quase todas as ilustrações e gráficos.	() Legendas breves são utilizadas para algumas ilustrações e gráficos.	() Legendas não são utilizadas.

4. Layout e tipografia

	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
(a) Fatores de layout	O layout tem uma influência substancial sobre a adequação de materiais.	() Pelo menos 5 dos seguintes 8 fatores estão presentes: 1) Ilustrações são adjacentes ao texto relacionado. 2) Layout e sequência de informações são consistentes, tornando-se fácil prever o fluxo de informações. 3) Dispositivos visuais (caixas, as setas, sombreamento) são usados para direcionar para o conteúdo principal. 4) Espaço em branco é usado para reduzir a desordem. 5) Uso de cores compatíveis e que não se afastam da mensagem. Os leitores não precisam de aprender os códigos de cores para compreender e utilizar a mensagem. 6) Comprimento da linha é de 30 a 50 caracteres e espaços. 7) Há um contraste elevado entre o tipo e o papel. 8) O papel tem uma superfície não	() Pelo menos 3 dos seguintes 8 fatores estão presentes: 1) Ilustrações são adjacentes ao texto relacionado. 2) Layout e sequência de informações são consistentes, tornando-se fácil prever o fluxo de informações. 3) Dispositivos visuais (caixas, as setas, sombreamento) são usados para direcionar para o conteúdo principal. 4) Espaço em branco é usado para reduzir a desordem. 5) Uso de cores compatíveis e que não se	() Parece pouco convidativo ou difícil de ler. Ou/e Dois ou menos dos seguintes 8 fatores estão presentes: 1) Ilustrações são adjacentes ao texto relacionado. 2) Layout e sequência de informações são consistentes, tornando-se fácil prever o fluxo de informações. 3) Dispositivos visuais (caixas, as setas, sombreamento) são usados para direcionar para o conteúdo principal. 4) Espaço em branco é usado para reduzir a desordem.

		brilhosa ou com pouco brilho.	afastam da mensagem. Os leitores não precisam de aprender os códigos de cores para compreender e utilizar a mensagem. 6) Comprimento da linha é de 30 a 50 caracteres e espaços. 7) Há um contraste elevado entre o tipo e o papel. 8) O papel tem uma superfície não brilhosa ou com pouco brilho.	5) Uso de cores compatíveis e que não se afastam da mensagem. Os leitores não precisam de aprender os códigos de cores para compreender e utilizar a mensagem. 6) Comprimento da linha é de 30 a 50 caracteres e espaços. 7) Há um contraste elevado entre o tipo e o papel. 8) O papel tem uma superfície não brilhosa ou com pouco brilho.
(b) Tipografia	Tipo e tamanho de fontes podem tornar o texto mais fácil ou difícil para os leitores de todos os níveis. Por exemplo, digitar tudo em maiúsculas retarda a compreensão durante a leitura. Quando muitos tipos de fontes (<6) e tamanhos são	() Pelo menos 3 dos 4 seguintes fatores estão presentes: 1) Texto possui letras maiúsculas e minúsculas. 2) Tamanho da fonte é de, pelo menos, 12 pontos (Esta é 12 pontos). 3) Pistas tipográficas (negrito, cor, tamanho). 4) Não usa maiúsculas em todas as manchetes e textos longos em execução.	() Pelo menos 2 dos 4 seguintes fatores estão presentes: 1) Texto possui letras maiúsculas e minúsculas. 2) Tamanho da fonte é de, pelo menos, 12 pontos (Esta é 12 pontos). 3) Pistas tipográficas (negrito, cor, tamanho). 4) Não usa maiúsculas	() Seis ou mais tipos de fonte/tamanhos de fonte são usados em uma página. OU Existe 1 ou nenhum dos 4 seguintes fatores: 1) Texto possui letras maiúsculas e minúsculas. 2) Tamanho da fonte é de, pelo menos, 12 pontos (Esta é 12 pontos).
(c) Os subtítulos são utilizados	Poucas pessoas podem se lembrar de mais de 7 itens independentes. Para aqueles com baixa alfabetização, o limite pode ser de 3 a 5 itens. Listas mais longas precisam ser divididas em pedaços menores.	() 1) As listas são agrupadas em subposições descritivas. 2) Não mais do que 5 itens são apresentados sem um subtítulo.	() Não mais do que 7 itens são apresentados sem um subtítulo.	() Mais do que 7 itens são apresentados sem um subtítulo.
5. Estimulação para aprendizagem e motivação				
	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
(a) Interação é incluída no texto e/ou nas figuras	Quando um leitor faz algo para responder a uma pergunta ou problemas, mudanças químicas ocorrem no cérebro que melhoram a	() Problemas ou questões são apresentadas para que os leitores as respondam.	() Pergunta e respostas formadas são usadas para discutir problemas e soluções	() Nenhum aprendizado interativo ou estimulação são fornecidos

	retenção da memória de longo prazo. Leitores devem ser levados a resolver problemas, fazer escolhas e demonstrações de habilidades.		(interação passiva).	
(b) Padrões de comportamento desejados são modelados ou mostrados em termos específicos	Os leitores, muitas vezes, aprendem mais facilmente através da observação e quando eles mesmos realizam as ações do que pela leitura ou por ouvir alguém contando alguma coisa. Muitas vezes as pessoas aprendem mais facilmente quando são usados casos familiares em vez de conceitos abstratos ou gerais.	() Modelos de Instrução de comportamentos e habilidades específicas. Exemplo: informações sobre nutrição enfatizam mudanças nos padrões alimentares, nos comerciais, lojas, nas cozinhas.	() Informação é uma mistura de linguagem técnica e comum de modo que o leitor não pode facilmente interpretar em termos da vida diária. Exemplo: Muito açúcar, alimentos de baixo valor nutritivo, em vez de Alimentos não energéticos.	() Informação é apresentada em itens inespecíficos ou categóricos, como grupos de alimentos.
(c) Motivação autoeficácia	As pessoas são motivadas a aprender quando acreditam que tarefas e comportamentos são factíveis.	() Temas complexos são subdivididos para que os telespectadores possam experimentar pequenos sucessos na compreensão ou resolução de problemas, levando à autoeficácia (confiança).	() Alguns tópicos são subdivididos para melhorar a confiança dos leitores.	() Não existem tópicos subdivididos.

6 Adequação Cultural

	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
a) Jogo Cultural - Lógica, Linguagem e Experiência (LLE)	Uma medida válida da adequação cultural do material é quando possui uma linguagem lógica e quando a experiência (inerente à instrução) corresponde ao LLE do público-alvo (não do revisor). Exemplo: Instrução sobre Nutrição é um jogo de cultura pobre ao se dizer aos leitores para comerem vegetais que raramente são consumidos por pessoas nessa cultura/localidade e não são vendidos	() Os conceitos principais do material parecem ser culturalmente semelhantes ao LLE da cultura da população-alvo.	() Metade dos conceitos e ideias principais parecem ser culturalmente correspondidos.	() Clara incompatibilidade cultural na LLE do telespectador

ANEXO D – APRECIÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autocuidado para o Planejamento Familiar de mulheres vivendo com HIV

Pesquisador: Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96144818.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.996.254

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quase-experimental, do tipo antes e depois. O estudo será realizado em três fases: A primeira será a validação de material, a segunda a intervenção e terceira será a fase de avaliação. Deste modo, a coleta de dados será desenvolvida de acordo com as fases do estudo:

Fase I. Construção e Validação do material educativo no autocuidado para o Planejamento Familiar de mulheres vivendo com HIV: A elaboração do conteúdo do material educativo será fundamentada na Teoria do autocuidado de Orem (OREM, 1985). O primeiro passo da construção será o levantamento de conteúdo, buscando as publicações mais relevantes para o tema; o segundo passo se dará com a elaboração textual e ilustrações.

A validação do material será realizada por análise de juízes especialistas no assunto, que receberão uma carta-convite (APÊNDICE A) para a participação e os que aceitarem assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e preencherão o questionário de caracterização dos avaliadores, adaptado de Sabino (2016), que contém identificação e qualificação (APÊNDICE C). Para a validação será utilizado uma adaptação do Instrumento de Validação do Material Educativo utilizado por Gonçalves (2007) (ANEXO A), que avaliará conteúdo, organização, estilo de escrita, aparência e motivação do material educativo.

Fase II. Recrutamento das pacientes e realização da intervenção: Durante aproximadamente 25 minutos se dará uma entrevista face a face, com aplicação de um questionário para coleta de variáveis sociodemográficas, clínicas, sexuais,

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.996.254

reprodutivas e informações gerais sobre hábitos de saúde, e um inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), que consiste em uma avaliação formativa, trazendo questões que objetivam identificar o que as pessoas sabem, como pensam e como atuam frente a determinada situação (ROSA, 2018). O inquérito CAP sobre Planejamento Familiar (APÊNDICE E) utilizado nesse estudo foi adaptado do modelo utilizado por Nicolau (2010) para avaliar o uso de preservativo masculino e feminino por mulheres presidiárias. No presente estudo, o conhecimento, a atitude e a prática sobre Planejamento Familiar serão avaliados da seguinte maneira: Conhecimento adequado quando a mulher souber definir Planejamento Familiar, conhecer o uso de no mínimo 3

métodos contraceptivos, citar o uso do preservativo feminino ou masculino como melhor método contraceptivo para mulheres vivendo com HIV/aids, disser que uma pessoa com HIV pode ter filhos, afirmar que um casal sorodiscordante pode ter filhos, conhecer no mínimo 2 métodos para concepção segura e citar 2 medidas para prevenção da transmissão vertical; Atitude adequada quando a mulher achar necessário a oferta de

informações sobre Planejamento Familiar para mulheres que vivem com HIV/aids; Prática adequada quando a mulher já tiver procurado orientações sobre Planejamento Familiar com um profissional da saúde, utilizar pelo menos preservativo feminino ou masculino em todas as relações sexuais.

Em seguida se dará as intervenções/orientações sobre Planejamento Familiar na vigência do HIV/aids e instruções incluídas no material educativo.

Nessa fase será entregue para cada participante um exemplar do material educativo, após a intervenção.

Fase III. Avaliação: Após três meses da intervenção será realizado contato privativo por meio de telefone celular para a reaplicação do inquérito CAP

sobre Planejamento Familiar com o objetivo de avaliar os resultados da intervenção

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar os efeitos de um material educativo no autocuidado para o Planejamento Familiar de mulheres vivendo com HIV.

Objetivo Secundário:

- Construir e validar um material educativo para mulheres vivendo com HIV sobre o autocuidado para o Planejamento Familiar. - Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres em relação ao autocuidado para o Planejamento Familiar antes e após a intervenção.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.996.254

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa não trará nenhum risco, nem acarretará malefícios, preservando a integridade do paciente, sem causar nenhum dano.

Entretanto, caso o paciente sinta-se triste, angustiado por estar respondendo poderemos conversar sobre isso e, se necessário, ser agendado consulta com profissional especializado.

Benefícios:

Os resultados dessa pesquisa irão favorecer a elaboração de novas estratégias de intervenções de enfermagem, afim de promover a saúde das pessoas que vivem com HIV/aids

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que utilizará tecnologia leve do tipo material educativo para a promoção do autocuidado de mulheres vivendo com HIV

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de inserção do projeto no COMEPE

Recomendações:

Aprovado salvo melhor juízo do comitê de ética da UFC

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1141409.pdf	12/08/2018 10:53:40		Aceito
Outros	CurriculoLattesMarliTeresinhaGimenizGalvao.pdf	12/08/2018 00:25:37	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	cartaapresentacao.docx	12/08/2018 00:01:28	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto de pesquisa completo.docx	12/08/2018 00:00:43	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.docx	11/08/2018 23:59:43	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.996.254

Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadores.docx	11/08/2018 23:58:38	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaHU.jpg	11/08/2018 23:56:53	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	utilizacaoprontuarios.jpg	11/08/2018 23:56:29	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Orçamento	decOrcamento.jpg	11/08/2018 23:55:30	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Cronograma	decCronograma.jpg	11/08/2018 23:55:05	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	fieldepositario.pdf	28/06/2018 17:53:44	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	chefia.pdf	26/06/2018 21:35:28	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Folha de Rosto	CCF26062018.pdf	26/06/2018 19:43:21	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 01 de Novembro de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br