



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA
PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM ADOLESCENTES**

FORTALEZA – CEARÁ

2017

ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA
PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Almeida, Angélica Maria de Oliveira.

Construção e validação de tecnologia educativa para prevenção de HIV/aids em adolescentes [recurso eletrônico] / Angélica Maria de Oliveira Almeida. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 142 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.ª Dra. Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.

1. Adolescente. 2. Tecnologia educacional. 3. Estudos de validação. 4. HIV. 5. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. I. Título.

ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO
DE HIV/AIDS EM ADOLESCENTES

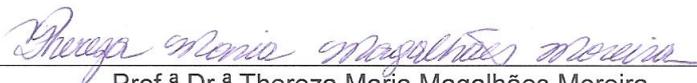
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em: 08/03/2017

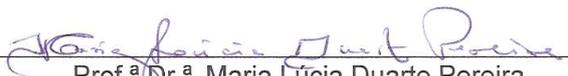
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa - Orientadora
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser o meu refúgio em todos os momentos de minha vida, o grande responsável por toda fé e força diante dos momentos difíceis.

Aos meus pais, Rubens e Graça, por proporcionar o significado do amor supremo. Sempre os terei como exemplo para a vida da força da parceria no sustentáculo na relação entre pais e filhos, e entre o casal.

Aos meus irmãos, Emanuela, Larissa, Mara e Tiago, pelo prazer na simplicidade do convívio. Apesar da distância, sempre quando nos reunimos a relação é a mesma.

Ao meu amigo e namorado, Lincoln, pelo companheirismo e apoio em direção às conquistas compartilhadas.

Aos meus amigos, em especial Amanda e Glória, por todos os questionamentos discutidos e pelo incentivo em acreditar que com esforço somos capazes.

À minha orientadora, Prof^a Vera, pelo conhecimento transmitido com tanta confiança. Agradeço pela sabedoria, suporte e otimismo bastante presente em toda a caminhada.

Às professoras da banca de defesa, Prof^a Thereza e Prof^a Lúcia, por terem contribuído com esmero para a conclusão da dissertação com êxito.

RESUMO

A taxa de detecção de aids no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, porém em adolescentes de 15 a 19 anos verificou-se aumento. Em virtude disso, requisita-se adoção de medidas de educação em saúde, especialmente o uso de tecnologias educativas com intuito de desenvolver competências que tornem os adolescentes capazes de adotar comportamentos necessários à prevenção do HIV. Objetivou-se desenvolver uma tecnologia educativa para a prevenção de HIV em adolescentes como subsídio as atividades educativas em saúde. Tratou-se de um estudo de desenvolvimento metodológico em que foi elaborada a cartilha educativa “Prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes”, seguindo as premissas de Echer adaptadas. O levantamento bibliográfico consistiu em duas revisões integrativas da literatura sobre as tecnologias educacionais desenvolvidas para a prevenção de HIV/aids em adolescentes e acerca do conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV, e em publicações atualizadas do Ministério da Saúde. A validação de conteúdo e aparência, e a avaliação da adequação ao público-alvo foram realizadas por quinze especialistas, sendo nove docentes e seis assistenciais. Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* versão 23.0 e apresentados em tabelas. Na validação de conteúdo e aparência, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), e na avaliação da adequação da cartilha pelo *Suitability Assessment of Materials* (SAM), a divisão da pontuação total obtida pela pontuação máxima possível. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. A validação de conteúdo e aparência resultou em IVC de 0,84 para clareza de linguagem e de 0,93 para pertinência prática, com IVC global de 0,89. A avaliação da adequação da cartilha educativa ao público-alvo classificou o material como “superior”, com percentual de 83,8%. A versão final contou com 32 páginas. Concluiu-se que a cartilha educativa apresenta conteúdo e aparência válidos e é adequada ao público-alvo, podendo fortalecer as atividades educativas em saúde com vistas à prevenção de HIV em adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente. Tecnologia educacional. Estudos de validação. HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

The rate of detection of AIDS in Brazil has stabilized in the last ten years, but in adolescents aged 15 to 19 years there has been an increase. Therefore, it is necessary to adopt health education activities, especially the use of educational technologies in order to develop skills that make adolescents capable of adopting behaviors necessary for HIV prevention. The objective was to develop an educational technology for the prevention of HIV in adolescents as a subsidy to educational activities in health. It was a methodological development study in which the educational booklet "Prevention of HIV infection in adolescents" was elaborated, following the adapted Echer premises. The literature review consisted of two integrative reviews of the literature on educational technologies developed for the prevention of HIV / AIDS in adolescents and about the knowledge of adolescents to prevent HIV infection and in updated publications of the Ministry of Health. The validation content and appearance, and the evaluation of suitability to the target audience were carried out by fifteen specialists, nine of whom were teachers and six were assistants. The data were analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences version 23.0 and presented in tables. In the validation of content and appearance, the Content Validity Index (CVI) was used, and in the evaluation of the adequacy of the booklet by the Suitability Assessment of Materials (SAM), the quotient of the total score obtained by the maximum possible score. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará. The validation of content and appearance resulted in CVI of 0.84 for language clarity and 0.93 for practical relevance, with overall CVI of 0.89. The evaluation of the adequacy of the educational booklet to the target public classified the material as "superior", with a percentage of 83.8%. The final version had 32 pages. It is concluded that the educational booklet presents valid content and appearance and is appropriate for the target audience, and it can strengthen the educational activities in health with a view to the prevention of HIV in adolescents.

Keywords: Adolescent. Educational Technology. Validation Studies. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|--------------------|--|------------|
| Figura 1 – | Processo de construção da tecnologia educativa..... | 25 |
| Figura 2 – | Fluxograma de seleção dos estudos..... | 37 |
| Figura 3 – | Processo de seleção dos artigos..... | 53 |
| Figura 4 – | Ilustração da capa da cartilha educativa..... | 72 |
| Figura 5 – | Páginas 30 e 31 da cartilha educativa..... | 73 |
| Figura 6 – | Capa da cartilha educativa após as modificações..... | 87 |
| Figura 7 – | Apresentação da cartilha educativa após as modificações.... | 88 |
| Figura 8 – | Páginas 4 e 5 da cartilha educativa após as modificações.... | 89 |
| Figura 9 – | Páginas 6 e 7 da cartilha educativa após as modificações..... | 90 |
| Figura 10 – | Página 8 da cartilha educativa após as modificações..... | 91 |
| Figura 11 – | Páginas 9 e 10 da cartilha educativa após as modificações..... | 92 |
| Figura 12 – | Páginas 11 e 12 da cartilha educativa após as modificações..... | 93 |
| Figura 13 – | Página 13 da cartilha educativa após as modificações..... | 94 |
| Figura 14 – | Páginas 14 e 15 da cartilha educativa após as modificações..... | 95 |
| Figura 15 – | Páginas 16 e 17 da cartilha educativa após as modificações..... | 96 |
| Figura 16 – | Páginas 18 e 19 da cartilha educativa..... | 97 |
| Figura 17 – | Páginas 20 e 21 da cartilha educativa após as modificações..... | 98 |
| Figura 18 – | Páginas 22, 23 e 24 da cartilha educativa após as modificações..... | 99 |
| Figura 19 – | Página 25 da cartilha educativa após as modificações..... | 100 |
| Figura 20 – | Páginas 26 e 27 da cartilha educativa após as modificações..... | 101 |
| Figura 21 – | Páginas 28 e 29 da cartilha educativa após as modificações..... | 102 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----------|
| Quadro 1 – Sistema de pontuação para seleção de juízes de validação adaptado de Joventino (2010)..... | 31 |
| Quadro 2 – Caracterização das produções científicas sobre as tecnologias educacionais para a prevenção de HIV/aids em adolescentes..... | 39 |
| Quadro 3 – Caracterização das evidências disponíveis na literatura científica sobre conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV..... | 54 |
| Quadro 4 – Conhecimento dos adolescentes sobre as formas de transmissão do HIV. Variação dos percentuais das respostas corretas aos questionamentos..... | 60 |
| Quadro 5 – Conhecimento dos adolescentes sobre as ações que não transmitem o HIV. Variação dos percentuais das respostas corretas aos questionamentos..... | 64 |
| Quadro 6 – Conhecimento dos adolescentes sobre os métodos corretos e incorretos de prevenção da infecção pelo HIV. Variação dos percentuais das respostas corretas aos questionamentos..... | 67 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| Tabela 1 – | IVCs de cada página da cartilha educativa a partir dos critérios analisados. Fortaleza, 2017..... | 81 |
| Tabela 2 – | Frequências simples e relativas das respostas da avaliação de cada fator pelos juízes através do instrumento SAM. Fortaleza, 2017..... | 83 |
| Tabela 3 – | Pontuações obtidas na avaliação da adequação da cartilha educativa através do instrumento SAM. Fortaleza, 2017..... | 85 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------------|--|
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| SIDA ou aids | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| Sinan | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| UECE | Universidade Estadual do Ceará |
| SciELO | Scientific Electronic Library Online |
| LILACS | Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| CINAHL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| PubMed | National Library of Medicine |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| MeSH | Medical Subject Headings |
| SAM | Suitability Assessment of Materials |
| IVC | Índice de Validade de Conteúdo |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| PACS | Parent-Adolescent Communication Scale |
| HFLE | Health and Family Life Education |
| BFOOY | Bahamian Focus on Older Youth |
| CImPACT | Caribbean Informed Parents and Children Together |
| GFI | Goal for It |
| ASRH | Adolescent Sexual and Reproductive Health |
| DAI | Digital Afiya Intervention |
| SiHLE | Sisters Informing, Healing, Living, and Empowering |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis |
| NE | Nível de evidência |

| | |
|------|--|
| PCAP | Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas |
| CTA | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| TR | Testes Rápidos |
| PEP | Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 23 |
| 2.1 | GERAL..... | 23 |
| 2.2 | ESPECÍFICOS..... | 23 |
| 3 | MÉTODO..... | 24 |
| 3.1 | TIPO DE ESTUDO..... | 24 |
| 3.2 | ETAPAS DO ESTUDO..... | 24 |
| 3.3 | ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS..... | 34 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 35 |
| 4.1 | REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ACERCA DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DESENVOLVIDAS PARA A PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM ADOLESCENTES..... | 35 |
| 4.2 | REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE CONHECIMENTO DOS ADOLESCENTES PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV..... | 50 |
| 4.3 | CONSTRUÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA..... | 71 |
| 4.4 | VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA, E AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO PELOS ESPECIALISTAS..... | 79 |
| 5 | CONCLUSÃO..... | 103 |
| | REFERÊNCIAS..... | 105 |
| | APÊNDICES | 119 |
| | APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS..... | 120 |
| | APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO... | 121 |
| | APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS..... | 122 |
| | APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO PELOS ESPECIALISTAS DOCENTES E ASSISTENCIAIS..... | 123 |
| | APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO AO PÚBLICO-ALVO..... | 134 |
| | ANEXO..... | 135 |
| | ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA..... | 136 |

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada um período único de transição entre infância e vida adulta com transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. É o período em que há busca pela identidade adulta, tendo como princípio as primeiras relações afetivas e a realidade da sociedade em que está inserido. Tal construção da identidade é um processo constante de mudanças norteado pelos meios sociais e culturais vivenciados, considerados fatores centrais na formação do gênero e da sexualidade (BRETAS *et al.*, 2011).

Moraes e Vitalle (2012) compreendem a adolescência de duas maneiras, a primeira como fase de transição entre a infância e a vida adulta marcada pela puberdade e separação das figuras parentais. A segunda, como fase própria com características singulares quanto aos contextos biológico, psicológico e social, essenciais ao desenvolvimento social e à busca por suas identidades.

A adolescência e a juventude são usualmente entendidas como período da vida em que se intensifica a construção da autonomia perante a família e a busca pelas singularidades. Neste período há o estabelecimento das representações, dos valores e dos comportamentos alusivos à sexualidade e aos papéis de gênero. Há a ampliação das interações sociais para além da família e rede de amigos (HEILBORN, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita adolescência à segunda década de vida, faixa etária entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias, e juventude como o período dos 15 aos 24 anos. O Ministério da Saúde toma como parâmetro a delimitação da OMS, apontando a adolescência e a juventude como etapas fundamentais ao desenvolvimento humano, permeadas por descobertas e desafios. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8069, de 1990, considera adolescência a faixa etária entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2007).

Os adolescentes merecem atenção integral por parte das políticas em saúde, pois constituirão a futura população produtiva e economicamente ativa do país. A população brasileira, apesar de estar envelhecendo com redução sistemática dos grupos etários mais jovens, ainda é considerada essencialmente jovem, pois pela pirâmide etária 2000 – 2030 em 2016 a faixa etária de 10 a 19 anos

representou 16,42% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

As políticas públicas na adolescência devem ser seguramente atingidas tendo em vista que impactos positivos ou negativos nesta parcela da população acarretarão desdobramentos no futuro por longo período de tempo. Assim, configura-se o esforço da Organização das Nações Unidas (ONU) e do Brasil em estabelecer um conceito amplo de direitos reprodutivos e saúde sexual. Porém, em estudo de Moraes e Vitale (2015) ainda prevalecem maiores avanços na área dos direitos reprodutivos do que da saúde sexual.

O início da atividade sexual ainda na adolescência torna-se cada vez mais frequente, apesar destes adolescentes comumente não estarem preparados em virtude da imaturidade ou das inexperiências nos cuidados que envolvem a prática sexual segura (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Nesta fase, a sexualidade é peculiar pela infinidade de ideias, perturbações, expectativas e dúvidas próprias da adolescência (ALMEIDA; CENTA, 2009).

Oliveira *et al.* (2009) consideram a sexualidade uma característica presente no ciclo de vida manifestada de diferentes formas. É constituída por valores pessoais e sociais que refletem o contexto sociocultural em que o sujeito se desenvolve, orientando sua expressão corporal. Devido à sexualidade ser um elemento fundamental da estrutura humana, há necessidade do envolvimento integral por parte da sociedade, buscando desmistificar falsos conceitos ainda presentes (MORGADO, COUTINHO, DUARTE, 2013).

A iniciação sexual insere os indivíduos em cenário repleto de riscos às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BORGES; NAKAMURA, 2009). O início da atividade sexual antes dos quinze anos esteve relacionado aos comportamentos considerados de risco à saúde, acarretando em prejuízos no decorrer da adolescência (GONÇALVES *et al.*, 2015). Em pesquisa de Taquette, Rodrigues e Bortolotti (2015a) realizada com mulheres soropositivas para HIV cujo diagnóstico ocorreu na adolescência, a média da idade da primeira relação sexual foi de 13,9 anos, sendo a moda 13 anos.

A iniciação sexual apresenta-se como fator de aumento da vulnerabilidade individual dos adolescentes ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) evidenciada pela associação significativa entre as variáveis no estudo de

Rodrigues *et al.* (2016). Dias *et al.* (2010) acrescentam que a vulnerabilidade às IST decorre da iniciação sexual precoce sem a utilização correta de método preventivo.

Assim, Luciana *et al.* (2013) sugerem que a iniciação sexual deve ser acompanhada por conhecimentos estruturados que direcionem os comportamentos sexuais. Os conhecimentos sobre a prevenção das IST são mais eficazes quando as práticas sexuais ainda não são realizadas, aduzindo a importância de a conscientização ser fortalecida dentre os adolescentes mais jovens.

Reforça-se a relevância da temática ser discutida prioritariamente na adolescência conforme visto que no inquérito de Castro *et al.* (2016), realizado com 1448 graduandos matriculados na Unicamp, apresentando quase a totalidade dos participantes (95,9%) idade entre 16 e 29 anos, 63,8% dos veteranos afirmaram ter iniciado a atividade sexual antes de serem universitários. E no estudo de Malta *et al.* (2011), realizado em escolas públicas e privadas das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, 30,5% dos adolescentes pesquisados iniciaram a vida sexual, sendo 43,7% dos meninos e 18,7% das meninas. Quanto à idade, 12,5% tiveram a primeira relação antes dos 13 anos.

A falta de informação é presente nos ambientes escolares e familiares, resultando em adolescentes com questionamentos não amparados pela sociedade, conferindo aumento dos índices de IST, gravidez indesejada e abortos inseguros (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Moura *et al.* (2013) ao investigarem o conhecimento relacionado ao HIV e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou aids), e os comportamentos sexuais dos adolescentes nas escolas públicas de Vespasiano, Belo Horizonte, identificou que os indivíduos com conhecimento acerca da transmissão do HIV não adotavam rotineiramente comportamentos sexuais seguros. O achado neste estudo elucida que as questões sociais e subjetivas parecem influenciar mais os comportamentos sexuais do que propriamente o conhecimento adquirido da infecção pelo HIV. Além disso, apesar do conhecimento não garantir mudança de comportamento nos adolescentes, acredita-se que sua deficiência contribui diretamente nas atitudes de exposição ao HIV.

Ayres *et al.* (2003), em projeto de intervenção de prevenção de aids em escolares, conceituam vulnerabilidade como suscetibilidade dos indivíduos à infecção, sendo articulada por três aspectos interligados: individual, social e programático ou institucional. Meyer *et al.* (2006) consideram que a vulnerabilidade

no componente individual está relacionada aos comportamentos que originam as oportunidades que favorecem as pessoas a contrair doenças, sendo os comportamentos associados às condições sociais e culturais. O plano social da vulnerabilidade integra o acesso às informações, às instituições de educação e de saúde, aos recursos materiais, ao poder de influenciar decisões políticas, dentre outros. Já o componente pragmático ou institucional envolve os programas institucionais que articulam os recursos para as ações sociais. Estes planos são indissociáveis, elucidando eixos articuladores das práticas educativas e assistenciais.

Freitas (2014) relata que o conhecimento restrito sobre sexualidade saudável favorece maior vulnerabilidade às informações inconsistentes e, conseqüentemente, adoção de práticas sexuais inseguras. Por este motivo, a importância da formulação de estratégias de promoção à saúde sexual ser direcionada às peculiaridades dos adolescentes, focando no compartilhamento de saberes e na sensibilização quanto às medidas de autocuidado em relação à saúde.

Na atenção à saúde sexual de jovens destaca-se a prevenção das IST, por estas serem um problema de saúde pública em todo o mundo. As IST acarretam maior risco de infecção pelo HIV. Pessoas com IST e infecções não ulcerativas do trato reprodutivo apresentam risco aumentado em três a dez vezes de se infectar pelo HIV, já se cursar com úlceras genitais o risco aumenta para 18 vezes (BRASIL, 2015a, BARRETO, SANTOS, 2009). Burgener, McGowan e Klatt (2015) detalharam a relação entre a ruptura da integridade das mucosas com a infecção pelo HIV, pois estas superfícies têm mecanismos de proteção anatômica e fisiológica que reduzem o risco da infecção viral.

Barreto e Santos (2009) elencam fatores que podem contribuir para aumento da vulnerabilidade dos adolescentes às IST, como descobrimento precoce da sexualidade, multiplicidade de parceiros, não adesão ao uso de preservativo e maior liberdade sexual. Nesse mesmo contexto, acrescenta-se a necessidade de aceitação e de inserção em grupos sociais, o consumo de álcool e outras drogas, e as questões de gênero (BEZERRA *et al.*, 2012).

O Boletim Epidemiológico HIV/aids apontou pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) que de 2007 a junho de 2016 foram notificados no Brasil 136.945 casos de infecção pelo HIV, destes 52,1% no Sudeste, 21,1% no Sul, 13,8% no Nordeste, 6,7% no Centro-Oeste e 6,3% no Norte. A razão entre o número

de casos de HIV em homens e mulheres em 2015 foi de 2,4. Concernente às faixas etárias, no período de 2007 a 2016, 52,3% dos casos de infecção pelo HIV foi na faixa de 20 a 34 anos. No que se refere à raça/cor da pele autodeclarada de 2007 a 2015, 44,0% são brancos e 54,8% pretos e pardos. Com relação à categoria de exposição nos casos de infecção pelo HIV em maiores de 13 anos de idade em 2015, entre os homens, 50,4% tiveram exposição homossexual, 36,8% heterossexual e 9,0% bissexual; e, entre as mulheres, 96,4% apresentaram exposição heterossexual (BRASIL, 2016a).

No Brasil, de 1980 a junho de 2016, foram notificados 842.710 casos de aids, sendo nos últimos cinco anos uma média anual de 41,1 mil casos de aids. Nos últimos dez anos, o Brasil tem apresentado estabilização da taxa de detecção de aids com uma média de 20,7 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2016a).

A maior concentração dos casos de aids no Brasil está na população com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos; esta faixa etária corresponde a 53,0% dentre os homens e a 49,4% dentre as mulheres do total de casos registrados de 1980 a junho de 2016. Em homens, verificou-se aumento na taxa de detecção principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos e mais nos últimos dez anos. Ressalta-se o aumento dos casos em jovens de 15 a 24 anos, sendo de 2006 para 2015 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos triplicou e, entre 20 a 24 anos, dobrou. Em mulheres, destaca-se nos últimos dez anos a tendência de queda na taxa de detecção em quase todas as faixas etárias, salvo entre as de 15 a 19, 55 a 59 e 60 anos e mais (BRASIL, 2016a).

Ao considerar a adolescência como período da vida em que o indivíduo está em constante aprendizagem, tornam-se relevantes as ações educativas em saúde, tendo em vista que os adolescentes encontram-se mais receptivos à adoção de novos comportamentos quando são estimulados e encorajados (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

As estratégias de promoção à saúde devem ser realizadas conforme o contexto local, considerando os aspectos culturais, sociais e políticos. Educação em saúde é uma importante vertente da prevenção, busca o alcance da melhoria das condições de vida da sociedade por meio do processo de aprendizagem. Para isso, é necessário que os indivíduos sejam capazes de identificar suas necessidades básicas e de operacionalizar meios que promovam a adoção dos comportamentos favoráveis à saúde (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Práticas educativas em saúde

possibilitam atender às necessidades dos usuários pela conscientização e responsabilização destes na diminuição dos agravos (MARTINS *et al.*, 2009).

Dessa forma, destaca-se a importância da promoção da saúde sexual de adolescentes que vise proporcionar conhecimento em relação ao HIV/aids para que, a partir do conhecimento, seja possível instrumentalizá-los para as práticas seguras à saúde, por meio da sexualidade saudável, minimizando as vulnerabilidades a que estão expostos.

A atenção à saúde sexual e reprodutiva constitui um elemento primordial na promoção à saúde integral dos adolescentes e jovens (BRASIL, 2010a). Os serviços que atendem aos adolescentes devem aprimorar suas linhas de cuidado, considerando as diversas particularidades e especificidades dessa população (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

Neste sentido, há necessidade de serem realizadas estratégias de promoção da saúde sexual de forma a proporcionar aos adolescentes ferramentas facilitadoras em decisões seguras. Os pais são considerados referência dos adolescentes quanto ao papel positivo em relação à sexualidade, os primeiros educadores sexuais pela responsabilidade no desenvolvimento global dos filhos. Porém alguns pais não se sentem à vontade para tal abordagem, receiam estar despreparados, não terem informação adequada às necessidades, e estarem estimulando comportamento sexual precoce (VILELAS JANEIRO; 2008).

Oliveira, Carvalho, Silva (2008) entendem que a educação sexual deve ser contínua, vinculada à formação de crianças e adolescentes, iniciada e assumida pelos pais, partilhada com escola e profissionais de saúde. As instituições de ensino configuram espaço pedagógico propício para a discussão sobre sexualidade, devendo não apenas focar nos aspectos biológicos, mas também nas perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais. Para isso, os profissionais devem ser capacitados e sensibilizados para lidar com essa construção do conhecimento, complementando a educação familiar (BORGES, NICHATA, SCHOR, 2006). Além disso, todas as instituições que atendem aos adolescentes, como instituição de ensino, unidades básicas de saúde, associações, dentre outras, devem integrar as famílias em suas ações, fornecendo amparo no manejo da educação sexual dos adolescentes (ALMEIDA; CENTA, 2009).

A implementação das ações em saúde pode ocorrer com base nas tecnologias em saúde que possibilitam aos usuários o conhecimento adequado na

adoção de comportamentos seguros. Tecnologia em saúde é definida pelo Ministério da Saúde como medicamento, equipamento, procedimento, técnica, sistema organizacional, informacional, educacional e de suporte, e programa ou protocolo assistencial por meio do qual a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2013a). As tecnologias devem ampliar os conhecimentos dos usuários, estimulando-os a refletir sobre suas incertezas e maneiras de promover a saúde, possibilitando a adoção de posturas salutares (JOVENTINO *et al.*, 2009, NASCIMENTO, 2010).

A tecnologia em saúde é o resultado de um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam como produto o cuidado em saúde, colaborando na construção dos saberes, presente do início ao produto final da construção. Também pode ser entendida como a forma em que se estabelecem as relações entre os agentes envolvidos. A tecnologia permite a expressão do conhecimento científico, sendo classificada em tecnologia dura, leve-dura e leve, respectivamente, ao utilizarmos instrumentos ou equipamentos, conhecimentos estruturados e relações (vínculo, acolhimento) (ROCHA *et al.*, 2008).

Dentre as tecnologias em saúde, destacam-se as tecnologias educativas por serem recursos que proporcionam o fortalecimento de atitudes e habilidades, e intermedeiam processos de ensino e aprendizagem. É necessária a valorização dos saberes próprios da realidade a que se destina pela problematização e contextualização nas dimensões social e humana, permitindo construção compartilhada (MONTEIRO; VARGAS; CRUZ, 2006; LUCIANA *et al.*, 2013). As tecnologias educativas visam a promoção da saúde pelo protagonismo do público-alvo no processo de formação de novos conhecimentos educativo (GUBERT *et al.*, 2009). Ambos, educador e educando, utilizam a consciência criadora na busca do crescimento pessoal e profissional. A tecnologia educacional é instrumento facilitador na construção e reconstrução do conhecimento (NIETSCHE *et al.*, 2005).

A utilização de materiais educativos como recurso de educação em saúde tem sido cada vez mais relevante por contribuir com o ensino mais participativo e direcionado às necessidades e aos ritmos de aprendizagem de cada indivíduo (FONSECA *et al.*, 2011). Há diversos tipos de materiais educativos na promoção da saúde, como manuais, álbuns seriados, hipermídias, jogos e *softwares*.

Os materiais educativos impressos do tipo cartilha permite mediar o processo de construção de novos conhecimentos, fomentando a aprendizagem por

meio de um recurso de fácil acesso à informação, podendo ser disponibilizado a baixo custo ao público-alvo. Vários estudos apontam a construção de cartilhas educativas de orientação em saúde, promoção da saúde da gestante (REBERTE; HOGA, GOMES, 2012), alimentação saudável durante a gravidez (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014), cuidados com úlcera venosa (BENEVIDES *et al.*, 2016), autoexame ocular para pessoas com HIV/aids (LIMA *et al.*, 2014), cuidados com o bebê prematuro (FONSECA *et al.*, 2004); desenvolvimento integral da criança (GRIPPO; FRACOLLI, 2008), orientação alimentar para indivíduos com hiperlipidemias (ABREU, PINHEIRO TORRES, 2010), prevenção de infecções e neoplasia causadas pelo papilomavírus humano (REIS *et al.*, 2010), câncer de mama e sua detecção precoce (FRANÇA *et al.*, 2012), autocuidado em pessoas com insuficiência cardíaca (RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUÍN; HERRERA-CORTÉS, 2012), cuidado com o idoso estomizado (BARROS *et al.*, 2012), técnicas padronizadas para cuidadores após a alta hospitalar de acidente vascular cerebral (BONELLI *et al.*, 2014), vítimas de queimaduras (CASTRO; LIMA JÚNIOR, 2014) e adesão dos profissionais de enfermagem à vacinação contra influenza (VIEIRA; ERDMANN; ANDRADE, 2013).

Como tecnologia educativa na atenção à saúde do adolescente referente à prevenção de IST e HIV/aids, foi identificado no estudo de Barbosa *et al.* (2010) o uso de jogo educativo como estratégia de educação em saúde. Os adolescentes que participaram do jogo consideraram o recurso como estratégia educacional de fácil compreensão, sendo capaz de esclarecer dúvidas e preencher lacunas no conhecimento. As atividades educativas devem ter cunho reflexivo, interativo e participativo, aliando educação, criatividade e inovação. Costa *et al.* (2013) pontuam que as práticas pedagógicas participativas e os materiais didáticos possibilitam entendimento capaz de promover mudanças comportamentais.

Estratégias educativas de sensibilização podem ser realizadas pelos profissionais de saúde, com especial atenção o enfermeiro, por ser considerado agente de promoção da saúde. A ação educativa é inerente ao trabalho e ao processo de ensino e de aprendizagem deste profissional, contribuindo para o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas da sociedade (FREITAS *et al.*, 2008).

A enfermagem tem avançado no processo de inter-relação entre cuidado e educação, pois o cuidado vinculado à figura do enfermeiro está articulado à

educação para o exercício do desenvolvimento profissional em saúde. A educação é uma forma de cuidar, e o cuidado é uma forma de educar. Ao cuidar está educando e sendo educado, por via do compartilhamento de saberes. Para isso, é necessário que os elementos do cuidado estejam incluídos dentro do contexto situacional como parâmetro na construção conjunta da prática educativa (FERRAZ *et al.*, 2005).

Uma revisão integrativa da literatura, sobre as ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes em situação de vulnerabilidade às IST e HIV/aids, identificou a relevância do trabalho com grupos por favorecer a interação entre os adolescentes e o moderador do grupo, promovendo troca de saberes e fortalecendo a conscientização sobre os riscos às IST (LUNA *et al.*, 2012). Oliveira e Ressel (2010) consideram que as ações educativas grupais são espaços de autoconhecimento e construção de valores, não sendo apenas de repasse de informações.

As ações de saúde para os adolescentes devem envolvê-los na construção participativa do conhecimento (MOURA *et al.*, 2013). A relevância da elaboração das atividades com participação ativa daqueles a quem se destina foi relatada no estudo de Araújo, Rocha e Armond (2008) que objetivou conhecer a percepção dos adolescentes sobre a participação deles em grupo operativo na escola. Acrescenta-se que, neste mesmo estudo, foi ressaltada a satisfação dos participantes quanto às atividades educativas, sendo relatado segurança por estarem aprendendo com profissionais qualificados.

Assim, o enfermeiro, por intermédio de uma tecnologia educativa de promoção da saúde sexual aos adolescentes, favorece o compartilhamento de conhecimentos e de experiências, empoderando na compreensão dos processos de saúde e doença a que objetiva, e instigando a refletir e a adotar práticas sexuais seguras. A instituição de ensino é espaço favorável às ações educativas, sendo necessário o envolvimento conjunto entre educadores, profissionais de saúde e familiares.

A utilização de recursos na educação em saúde é abordada no estudo de Silva e Cardoso (2009). São instrumentos de comunicação para promoção da saúde, caracterizando-se não somente pelo lançamento de informações, mas o ensejo à troca de conhecimentos. As tecnologias em saúde objetivam substituir os modelos ancorados na comunicação unidirecional e dogmática, focando a transmissão de informações mediante discussão e reflexão. A criação desses

instrumentos visa facilitar e uniformizar o trabalho da equipe multidisciplinar nas orientações no cuidado em saúde, e contribuir na compreensão do processo de saúde e doença por parte dos usuários, operacionalizando seu empoderamento frente ao adoecimento (ECHER, 2005).

Face ao exposto, o estudo desenvolveu uma cartilha educativa para subsidiar as atividades educativas em saúde sobre prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes, de maneira que auxilie na compreensão das informações transmitidas e, ao final, o material deve ser disponibilizado ao adolescente. A cartilha educativa, por ser um recurso viável financeiramente, pode ser fornecida ao público-alvo sem maiores custos aos facilitadores. Este recurso, de forma impressa e ilustrada, tem o intuito de desenvolver competências que tornem os adolescentes capazes de adotar comportamentos necessários à prevenção do HIV. Souza (2015) infere que o material educativo não promove mudanças dos comportamentos, porém pode ser um dispositivo para o despertar que levará à mudança de comportamento.

A motivação na realização deste estudo provém de minha vivência profissional como enfermeira, atuando com adolescentes em uma instituição de ensino que oferece educação superior, básica e profissional. É perceptível a demanda por ações de prevenção ao HIV devido aos frequentes questionamentos levantados durante as atividades educativas em saúde realizadas. Além disto, decorre do início precoce da atividade sexual tendo em vista o cenário HIV/aids na adolescência. Assim, o enfermeiro, pela sua formação acadêmica direcionada às estratégias de educação em saúde, apresenta-se como profissional de relevante contribuição, operacionalizando a promoção da saúde pelo processo de ensino e aprendizagem junto aos adolescentes.

O presente estudo tem relevância pela contribuição que poderá gerar ao proporcionar o desenvolvimento de uma cartilha educativa válida para prevenção de HIV direcionada aos adolescentes de maneira a conferir maior confiabilidade no processo educativo na assistência em saúde. Podemos acrescentar a relevância do estudo aos profissionais de saúde que lidam diretamente com adolescentes, ao permitir a compreensão de como se apresenta seu conhecimento acerca do HIV para, a partir disto, propor ações de saúde de forma efetiva e direcionada, e ao disponibilizar um material educativo confiável a ser utilizado nas atividades educativas em saúde sobre prevenção da infecção pelo HIV.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Desenvolver uma tecnologia educativa para a prevenção de HIV em adolescentes como subsídio as atividades educativas em saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar quais tecnologias educacionais desenvolvidas para prevenção de HIV/aids em adolescentes nas publicações científicas;

- Identificar o conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV evidenciado nas publicações científicas;

- Elaborar uma tecnologia educativa para prevenção de HIV em adolescentes;

- Validar o conteúdo e a aparência da tecnologia educativa por especialistas docentes e assistenciais;

- Avaliar a adequação da tecnologia educativa ao público-alvo por especialistas docentes e assistenciais.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de estudo metodológico do tipo de desenvolvimento. Segundo Polit e Beck (2011), a pesquisa metodológica investiga, organiza e analisa dados rigorosamente para construir, validar e avaliar ferramentas e métodos de pesquisa. A grande maioria dos estudos metodológicos é não experimental, focada no desenvolvimento de novos instrumentos confiáveis.

Neste estudo, teve-se como propósito desenvolver e validar uma cartilha educativa para subsidiar as atividades educativas em saúde sobre prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes.

3.2 ETAPAS DO ESTUDO

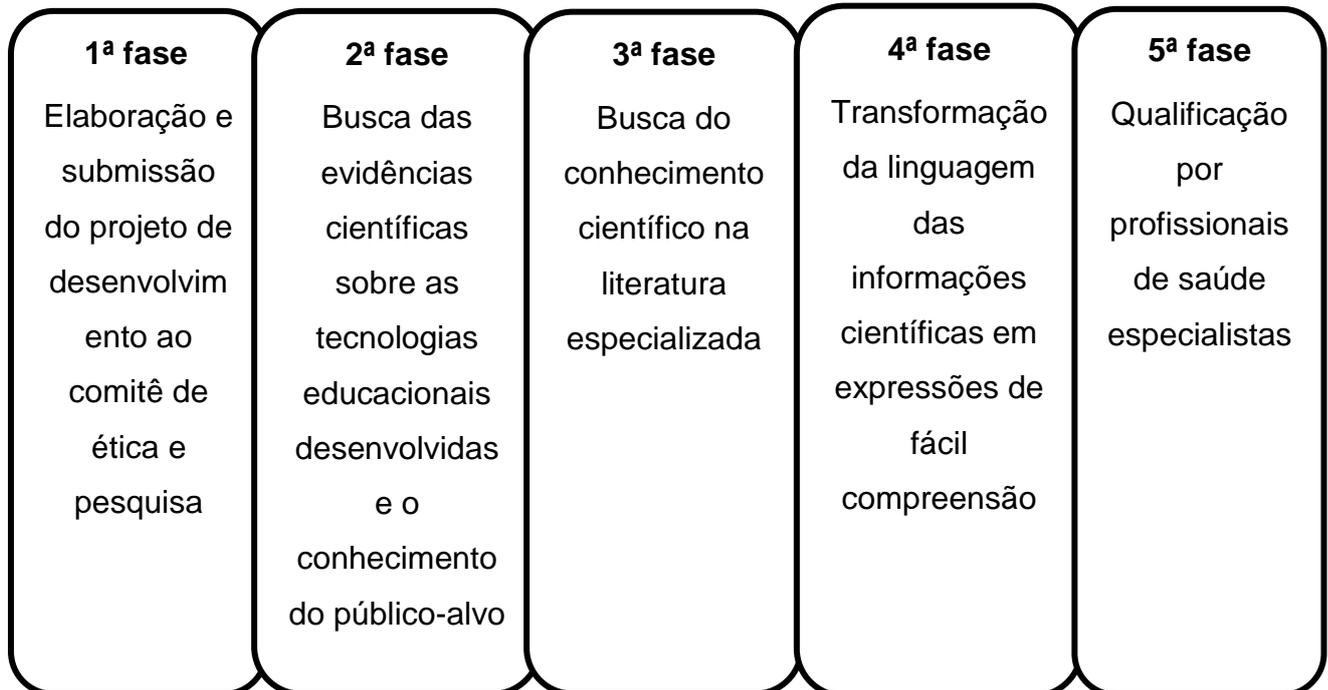
Para a construção de materiais educativos é indispensável seguir recomendações que orientem no rigor científico de recursos com qualidade. O procedimento metodológico adotado para a construção da cartilha foi pautado nas recomendações de Echer (2005) sobre a elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde, com adaptação.

Para o planejamento da tecnologia educativa, optou-se por inserir uma fase inicial de busca das evidências científicas sobre as tecnologias educacionais desenvolvidas e o conhecimento do público-alvo. A inserção viabilizou o planejamento da cartilha de acordo com as necessidades de conhecimento sobre o assunto em questão.

Echer (2005) indica a importância de a qualificação dos materiais para o cuidado em saúde ser realizada por profissionais de saúde especialistas em educação e em áreas afins, por pacientes individualmente e por grupos de pacientes. Optou-se neste estudo pela validação de conteúdo e aparência por profissionais de saúde especialistas em educação e em áreas afins.

O processo de construção envolveu as etapas representadas na Figura 1.

Figura 1 – Processo de construção da tecnologia educativa



Fonte: Elaborada pela autora.

3.2.1 Elaboração e submissão do projeto ao comitê de ética e pesquisa

O projeto foi elaborado, descrevendo detalhadamente a proposta do estudo, e submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), por meio da Plataforma Brasil, com posterior aprovação sob Parecer nº 1.532.802 de 29 de abril de 2016 e Parecer nº 1.873.971 de 19 de dezembro de 2016 (Anexo A).

3.2.2 Levantamento bibliográfico

O primeiro passo do levantamento bibliográfico consistiu em uma revisão integrativa da literatura acerca das tecnologias educacionais desenvolvidas para prevenção de HIV/aids em adolescentes indexadas nas bases de dados eletrônicas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Scopus, e no portal PubMed (National Library of Medicine), por meio do acesso ao portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES-Brasil) via servidor proxy da UECE

(proxy.uece.br). Esta fase pretendeu aproximar a pesquisadora das tecnologias desenvolvidas para compreensão do panorama nacional e internacional dos estudos realizados.

Em seguida, fez-se a segunda revisão integrativa com o objetivo de sintetizar as principais evidências científicas disponíveis na literatura sobre o conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV indexadas nas bases de dados eletrônicas ScIELO, LILACS, Medline via portal PubMed e *Web of Science*, por meio do acesso ao portal da CAPES-Brasil via servidor proxy da UECE. Esta fase permitiu identificar o conhecimento dos adolescentes sobre a temática e selecionar as informações relevantes para compor o material educativo. Com isso, houve a possibilidade de direcionarmos o conteúdo que integrou a cartilha educativa às reais demandas identificadas nos estudos.

A busca do conhecimento científico na literatura especializada proporcionou o aporte para embasar o conteúdo contemplado pela cartilha educativa. Para isso, realizou-se um levantamento das publicações atualizadas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, 2010b, 2011a, 2011b, 2013b, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e, 2015f, 2016b, 2016c, 2016d) com intuito de responder principalmente aos questionamentos que foram apontados pela segunda revisão integrativa no que concerne aos aspectos gerais, transmissão e prevenção da infecção pelo HIV.

3.2.3 Elaboração da tecnologia educativa

A comunicação em saúde é o uso de técnicas para promoção do conhecimento e, assim, influenciar as decisões em saúde individuais ou coletivas. A mensagem poderá ser em material impresso ou recurso audiovisual, veiculada aos meios de comunicação em massa, ligados à cultura popular ou através da relação interpessoal. Desta maneira, um material bem escrito e de fácil entendimento facilita a promoção do conhecimento, favorecendo a tomada de decisão. O material escrito deve comunicar claramente as mensagens relevantes, assegurar o entendimento e evitar falhas na compreensão que possam refletir ações não recomendadas (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

É necessário tornar as informações encontradas na literatura em linguagem de fácil compreensão pelos leitores, dar orientações significativas sobre o

tema a que se propõe, atendendo às demandas específicas de uma determinada situação de saúde. Os recursos devem ser atrativos, objetivos, não podendo ser extensos, para que as pessoas se sintam estimuladas a lê-lo (ECHER, 2005). Materiais educativos planejados com conteúdo teórico e ilustrativo adequados são relevantes ao repasse das mensagens de saúde em uma intervenção delineada (MORGAINÉ *et al.*, 2015).

Os estudos de Doak, Doak, Root (1996) e Moreira, Nóbrega e Silva (2003) sugerem relevantes os aspectos de linguagem, ilustração e layout na construção de materiais educativos impressos em saúde. Buscou-se como referencial metodológico utilizar estes estudos para a conformidade da comunicação utilizada pela cartilha educativa ao público-alvo.

Doak, Doak, Root (1996) tratam da alfabetização e da construção de materiais de cuidados em saúde para as pessoas de baixo letramento. A compreensão dos materiais educativos requer que a linguagem e as figuras sejam simples. Pessoas com mais escolaridade preferem materiais simples aos complexos que não ajudam na compreensão. Linguagem acessível e ilustrações claras permitem o entendimento tanto de leitores com boa ou má habilidade de leitura. Quando os leitores precisam se esforçar para ler e compreender o material, tornam-se desencorajados.

Para a elaboração da cartilha educativa, fez-se um esboço inicial do conteúdo tendo como aporte teórico os resultados obtidos pela revisão integrativa acerca do conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV e os materiais atualizados do Ministério da Saúde mencionados. O esboço inicial foi elaborado de forma clara e sucinta, com objetivo de alcançar uma linguagem acessível, mediante a utilização do material como subsídio as atividades educativas e posterior disponibilização ao adolescente. Os conteúdos selecionados foram agrupados em tópicos apresentados em associação com as ilustrações.

Os recursos visuais, conforme Doak, Doak, Root (1996), aumentam a comunicação para todas as pessoas, independente da sua escolaridade. O sistema de memória cerebral favorece com maior eficácia o armazenamento mediante estímulo visual. Logo, os autores afirmam que as palavras se tornam mais compreensíveis quando expostas em uma figura. Moreira, Nóbrega e Silva (2003) destacam que as ilustrações são importantes para a legibilidade e compreensão do texto, e devem permitir que os leitores se identifiquem.

O planejamento das ilustrações contou inicialmente, quando possível, com imagens pesquisadas pelo *Google Brasil Imagens* condizentes ao conteúdo teórico da cartilha, sendo utilizadas para orientar na confecção das imagens. Caso não fossem encontradas, as ilustrações pretendidas foram descritas minuciosamente para a elaboração adequada. As orientações foram organizadas por meio *Software Microsoft Word 2010* e enviadas ao profissional técnico para construção dos desenhos gráficos e da diagramação de modo atrativo.

Os programas utilizados para confecção das ilustrações foram *Corel Draw Essentials* e *Adobe Photoshop cs6*. À proporção que o *designer* gráfico confeccionava as ilustrações, enviava à pesquisadora para sugestões e posterior aprovação. Ao final, o *designer* gráfico realizou a diagramação da cartilha no programa *Corel Draw Essentials*.

Desta maneira, logo após a construção da primeira versão da cartilha, esta passou simultaneamente pela validação de conteúdo e aparência, e a avaliação da adequação ao público-alvo pelos especialistas.

3.2.4 Qualificação da tecnologia educativa

Para a avaliação de um instrumento, é indispensável que seja validado para verificar se as medidas representadas são válidas e confiáveis (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). O processo de validação é fundamental para a legitimidade e credibilidade de um instrumento desenvolvido (MEDEIROS *et al.*, 2015). A validade indica o grau que o instrumento mede aquilo que supostamente deve medir (POLIT; BECK, 2011). Os materiais a serem utilizados nas ações educativas exigem validação que permita a adequação ao contexto dos usuários (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

A validade de conteúdo indica se um instrumento contempla adequadamente o conteúdo que propõe. É cada vez mais comum o grupo de especialistas independentes para avaliar a validade do conteúdo de instrumentos novos (POLIT; BECK, 2011). Na revisão integrativa de Alexandre e Coluci (2011), a validade de conteúdo foi descrita como processo de julgamento que envolve duas etapas, a primeira relacionada ao desenvolvimento do instrumento e a segunda envolve a avaliação pelo comitê dos especialistas.

A análise da aparência permite avaliar a clareza e a compreensão para o público ao qual se destina o material (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Souza (2015) acrescenta que a validação de aparência pretende analisar a concordância entre as figuras e o conteúdo das informações, buscando identificar se houve a exposição adequada da temática.

O modelo de Pasquali (2010), ainda que seja da psicologia e consista na teoria de elaboração de escalas psicométricas, está presente em pesquisas que envolvem a construção de instrumentos com base em três procedimentos: teórico (fundamentação teórica e validade de conteúdo), empírico (aplicação de instrumento piloto) e analítico (análises estatísticas dos dados com vistas à validação do instrumento desenvolvido). Para o julgamento dos itens de um instrumento, há doze critérios que subsidiam a validação de conteúdo e aparente, indicando se os itens são compreensíveis pelo público-alvo (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Neste estudo, considerou-se para a validação de conteúdo e aparência, os seguintes critérios descritos por Pasquali (2010):

- Clareza de linguagem: considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população. Exemplo: “O senhor acredita que a linguagem de cada texto e figura da cartilha é suficientemente clara, compreensível e adequada à população? Em que nível? ”.

- Pertinência prática: analisa se de fato cada item possui importância para o instrumento. Exemplo: “O senhor acredita que os textos e as figuras propostos são pertinentes para esta população? Em que nível? ”.

Para isso, utilizou-se um instrumento de validação de conteúdo e aparência adaptado de Gomes (2015), sendo também utilizado por Sabino (2016) para a validação de conteúdo e aparência de uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

Sousa, Turriti e Poveda (2015) afirmam que no Brasil ainda não há instrumento capaz de avaliar a adequação de um material educativo ao público a que se destina. Com isso, realizaram a tradução e a adequação do instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM), formulado por Doak, Doak, Root (1996), do original em inglês para o português.

Desta maneira, também foi realizada neste estudo a avaliação da adequação da cartilha educativa por meio do instrumento SAM, no qual os fatores analisados foram divididos em categorias: conteúdo, linguagem, ilustrações gráficas,

estimulação/motivação para aprendizado e adequação cultural. Diversos estudos utilizaram esta ferramenta para avaliação de materiais educativos (SOUZA, 2015; SILVA, 2015; SABINO, 2016; BARROS, 2016; SANTIAGO, 2016).

A tradução do SAM foi realizada por duas profissionais da saúde bilíngues que não se conheciam e não tiveram contato durante a tradução. A retrotradução ocorreu por dois outros profissionais bilíngues independentemente. Posteriormente, as traduções foram enviadas aos autores do instrumento original para avaliação, e ao final encaminhado à comissão dos juízes para avaliar equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural do instrumento original com a segunda versão em português. A análise dos resultados apresentada pelos juízes ocorreu por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo considerado válido o item que apresentou porcentagem de concordância de 0,8 ou 80%. Os itens que obtiveram valor inferior de validade foram corrigidos pelos pesquisadores de acordo com as recomendações dos autores originais (SOUZA; TURRINI; POVEDA, 2015).

No que concerne ao número ideal de especialistas para o processo de validação, na literatura há controvérsias (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Pasquali (1997) indicou de seis a vinte especialistas. Lynn (1986) apontou no mínimo três e dispensável um número superior a dez juízes. Fehring (1986) recomendou a seleção de 25 a 50 especialistas. Vianna (1982) ressaltou que a quantidade ímpar de especialistas evita empate de opiniões. Para este estudo optou-se por seguir as recomendações de Pasquali (1997) e de Vianna (1982), sendo necessários 15 especialistas.

Considerou-se dividir os especialistas para a validação de conteúdo e aparência, e de adequação em dois grupos:

- Especialistas com experiência em docência / pesquisadores: oito docentes com experiência acadêmica em HIV, saúde do adolescente, estudos de validação e/ou tecnologias educativas,
- Especialistas com experiência na assistência: sete profissionais de saúde com experiência assistencial em saúde do adolescente, HIV, principalmente na prevenção de HIV.

Os especialistas foram peritos na área a que a cartilha educativa se destina, pois avaliaram se os itens estão de acordo com o propósito do instrumento. Para selecionar os especialistas, deve-se considerar a sua experiência e a sua qualificação (ALEXANDRE, COLUCI, 2011). Joventino (2010) ressaltou a

importância de os juízes serem *experts* na área de interesse do construto, objetivando avaliar adequadamente a representatividade e a relevância do conteúdo dos itens submetidos.

Em decorrência da não padronização na seleção dos juízes para validação de conteúdo de instrumentos (LIMA *et al.*, 2014), tem sido utilizada uma variedade de critérios para definir a seleção dos experts, adaptando as recomendações de Fehring (1994) utilizadas na seleção de enfermeiros para validar diagnósticos de enfermagem (CHAVES, 2008; GALDEANO; ROSSI, 2006). Dessa forma, Joventino (2010) construiu um sistema próprio de classificação dos especialistas, tendo como parâmetro Fehring (1994); sendo a opção de seleção de juízes aplicada neste estudo com adaptação. A pontuação mínima na seleção final dos juízes foi cinco pontos pelo indicado por Fehring (1994). Estes foram selecionados de acordo com a pontuação exposta no Quadro 1.

Em estudo descritivo realizado por Melo *et al.* (2011), quanto aos critérios de seleção dos especialistas, predominaram adaptações do sistema de classificação de Fehring, entretanto não se sabe o limite aceitável de modificações que mantenha a originalidade. Ressalta-se a importância da descrição detalhada dos critérios utilizados de seleção para que a confiabilidade dos achados seja preservada.

Quadro 1 - Sistema de pontuação para seleção de juízes de validação adaptado de Joventino (2010)

| Crítérios de classificação de experts | Pontuação |
|--|------------------|
| Ser doutor | 4p |
| Possuir tese na área de interesse* | 2p |
| Ser mestre | 3p |
| Possuir dissertação na área de interesse* | 2p |
| Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse* | 1p |
| Possuir prática profissional (clínica, ensino, pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na temática de interesse* | 2p |
| Ser especialista em área relacionada à área de interesse* | 2p |

*Área de interesse: HIV, saúde do adolescente, estudos de validação e/ou tecnologias educativas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os critérios de inclusão foram: ter experiência na docência e/ou na assistência em pelo menos duas áreas de interesse, pois acredita-se que seriam capazes de avaliar adequadamente a relevância dos itens propostos na primeira versão da cartilha educativa submetida, e obter o mínimo de cinco pontos no sistema de classificação adotado conforme Quadro 1.

O levantamento dos elegíveis especialistas ocorreu mediante seleção na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). No modo de busca por assunto, as seguintes palavras-chave foram utilizadas: “HIV”, “saúde do adolescente”, “validação”, “tecnologias educativas” e/ou “tecnologia”, considerando doutores e demais pesquisadores, nacionalidade brasileira e atuação profissional “ciências da saúde”. Assim, os especialistas que atendiam aos critérios de seleção foram convidados através do envio da carta convite mediante ferramenta de contato na própria Plataforma Lattes.

A carta convite foi enviada a 27 especialistas com experiência na docência e a 10 especialistas com experiência na assistência. O aceite para participação no estudo ocorreu por 15 especialistas com experiência na docência e sete na assistência. Destes, nove docentes e seis assistenciais enviaram os instrumentos preenchidos, sendo todos incluídos na amostra do estudo.

Os especialistas selecionados foram convidados a participar do estudo por meio da carta convite (Apêndice A), descrevendo os objetivos do estudo e as atividades a serem realizadas na avaliação. Após o aceite, foram fornecidos, via e-mail, os *links* de acesso ao *Google Drive*, ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) para a anuência na participação, ao questionário de caracterização dos especialistas adaptado de Oliveira (2006) (Apêndice C), ao instrumento para validação de conteúdo e aparência (Apêndice D) e ao instrumento de avaliação (Apêndice E), e a primeira versão da cartilha educativa em formato eletrônico (Apêndice F). Solicitou-se aos especialistas que retornassem em um prazo de dez dias os documentos de avaliação da cartilha. Porém, para os especialistas que não atenderam a este prazo, houve prorrogação por mais dez dias. E, posteriormente, visando à obtenção da amostra pretendida, prorrogou-se por mais oito dias. O uso do *Google Drive* visou facilitar a participação dos especialistas, permitindo a atuação de juízes de outros estados brasileiros.

O instrumento de validação de conteúdo e aparência da cartilha educativa avaliou a cartilha educativa em dois critérios: clareza de linguagem e pertinência

prática, e identificou sugestões dos juízes. As respostas aos critérios corresponderam na escala de *Likert* a seguinte forma: 1 representou “pouquíssima”, 2 “pouca”, 3 “média”, 4 “muita” e 5 “muitíssima”. Este instrumento permitiu analisar os dois critérios em cada página do material separadamente e o material como um todo ao final. Alguns estudos relataram seu uso em processo de validação de conteúdo e/ou de aparência (SABINO, 2016; GOMES, 2015).

Os dados dos instrumentos foram compilados, processados e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 e apresentados em tabelas.

Para análise dos dados obtidos na validação de conteúdo e aparência, utilizou-se o IVC. Conforme Alexandre e Coluci (2011), o IVC é um método muito utilizado na área da saúde para identificar a proporção de juízes em concordância sobre determinados aspectos do instrumento avaliado. Permite analisar cada item individualmente, cada critério e, ao final, o material educativo como um todo.

O método empregou a escala tipo *Likert* com pontuação de um a cinco para avaliar a relevância e a representatividade. O escore do índice foi calculado por meio das somas de concordância dos itens marcados em “4” ou “5” pelos especialistas. Os itens com pontuação “1”, “2”, “3” foram revisados ou eliminados. Assim, cada item individualmente teve o escore do índice calculado pelo quociente entre número de respostas marcadas em “4” ou “5” pelo número total de respostas. Para avaliar os critérios analisados e o instrumento como um todo, calculou-se a média aritmética dos valores calculados separadamente. Como padrão para a excelência da validade de conteúdo, Polit e Beck (2011) sugerem um IVC de 0,9. No entanto, Alexandre e Coluci (2011) indicam concordância mínima de 0,8 para validade de novos instrumentos.

A análise da avaliação da adequação da cartilha ocorreu com uso do SAM mediante resultado da divisão da pontuação total obtida pela pontuação máxima possível. O instrumento, segundo Doak, Doak e Root (1996), possui vinte e dois fatores divididos em seis categorias. Para alguns materiais, um ou mais fatores podem não se aplicar. Cada fator foi pontuado de zero a dois, sendo zero para inadequado, um para parcialmente adequado e dois para adequado. Assim, de acordo com o número de fatores que fizeram parte do instrumento para este estudo, a pontuação total obtida consistiu no somatório dos pontos atribuídos por cada avaliador e a pontuação máxima possível consistiu no número de itens aplicados

multiplicado por dois. Para análise, dividiu-se a pontuação total obtida pela pontuação máxima possível, e multiplicou por cem. O resultado da somatória dos pontos categoriza o material quanto à adequação. A interpretação foi: 0-39% (material inadequado), 40-69% (material adequado) e 70-100% (material superior) (SOUZA, 2015).

Com base no encontrado nas análises da validação de conteúdo e aparência, na avaliação de adequação e nas sugestões dos especialistas, foram realizadas as alterações mediante a literatura pertinente com o intuito de atender às expectativas a que se propõe. Posteriormente, a cartilha educativa foi impressa em papel couché fosco em tamanho A5 (148 mm x 210 mm), sendo a capa em gramatura maior do que o miolo.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para a realização do estudo foram obedecidos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos referentes à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Conforme descrito, o estudo foi submetido à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da UECE por meio da Plataforma Brasil. Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos do estudo e, após aceitarem participar da pesquisa, assinaram o TCLE (Apêndice B), sendo-lhes garantido total sigilo na identificação, liberdade em encerrar a participação em qualquer momento e esclarecimentos sobre o estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo é representado pelas fases da construção e de validação da cartilha educativa. Inicialmente foram realizadas duas revisões integrativas para subsidiar a construção da cartilha educativa proposta. A primeira objetivou o levantamento na literatura científica acerca das tecnologias educacionais desenvolvidas para prevenção de HIV/aids em adolescentes. A segunda sintetizou as evidências científicas disponíveis na literatura sobre o conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV, como ferramenta para direcionar o embasamento teórico da cartilha educativa. Em seguida, prosseguiu-se o processo de construção da cartilha, validação de conteúdo e aparência, e avaliação da adequação ao público-alvo pelos especialistas da área.

4.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ACERCA DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DESENVOLVIDAS PARA PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM ADOLESCENTES

A revisão integrativa visa reunir e sintetizar as evidências dos resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, sistematicamente e ordenadamente, buscando o aprofundamento do conhecimento sobre o tema questionado. Este método possibilita a síntese dos estudos publicados, permitindo conclusões gerais em relação a uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

Souza, Silva e Carvalho (2010) consideram a revisão integrativa como a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, admitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para a compreensão completa do fenômeno em análise. Para isso, é necessário rigor metodológico em todas as etapas de elaboração da revisão integrativa, visando a construção de um produto que traga contribuições significativas para a construção do conhecimento e para a prática assistencial (SOARES *et al.*, 2014).

Foi elaborada seguindo criteriosamente seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos / amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados /

categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão / síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão norteadora construída foi: “Quais as tecnologias educacionais desenvolvidas para prevenção de HIV/aids em adolescentes?”. A elaboração da pergunta seguiu o acrônimo PICO (P – população: adolescentes; I – intervenção: tecnologia educacional; C – comparação: prevenção de HIV/aids; O – resultado / desfecho: saúde sexual promovida). Esta estratégia permite a formulação da questão de pesquisa de forma efetiva e direcionada (FUCHS, PAIM, 2010).

O levantamento dos estudos ocorreu durante o mês de setembro de 2015 por dois revisores independentes. As buscas foram realizadas durante o mesmo tempo nas bases de dados eletrônicas ScIELO, LILACS, CINAHL e SCOPUS, e no portal PubMed, por meio do acesso ao portal da CAPES-Brasil via servidor proxy da UECE.

Como descritores controlados: *technology*, *HIV*, “*Acquired Immunodeficiency Syndrome*” e *adolescent*, conforme Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), e o descritor não controlado *aids* com o intuito de abranger estudos que não foram identificados utilizando-se somente os descritores controlados. Optou-se pelo uso do descritor *technology*, pois ao usar “*educational technology*” restringia bastante a busca. Para maior especificidade, foram utilizados os operadores booleanos combinados da seguinte forma: *technology* AND (*HIV* OR “*Acquired Immunodeficiency Syndrome*” OR *aids*) AND *adolescent*.

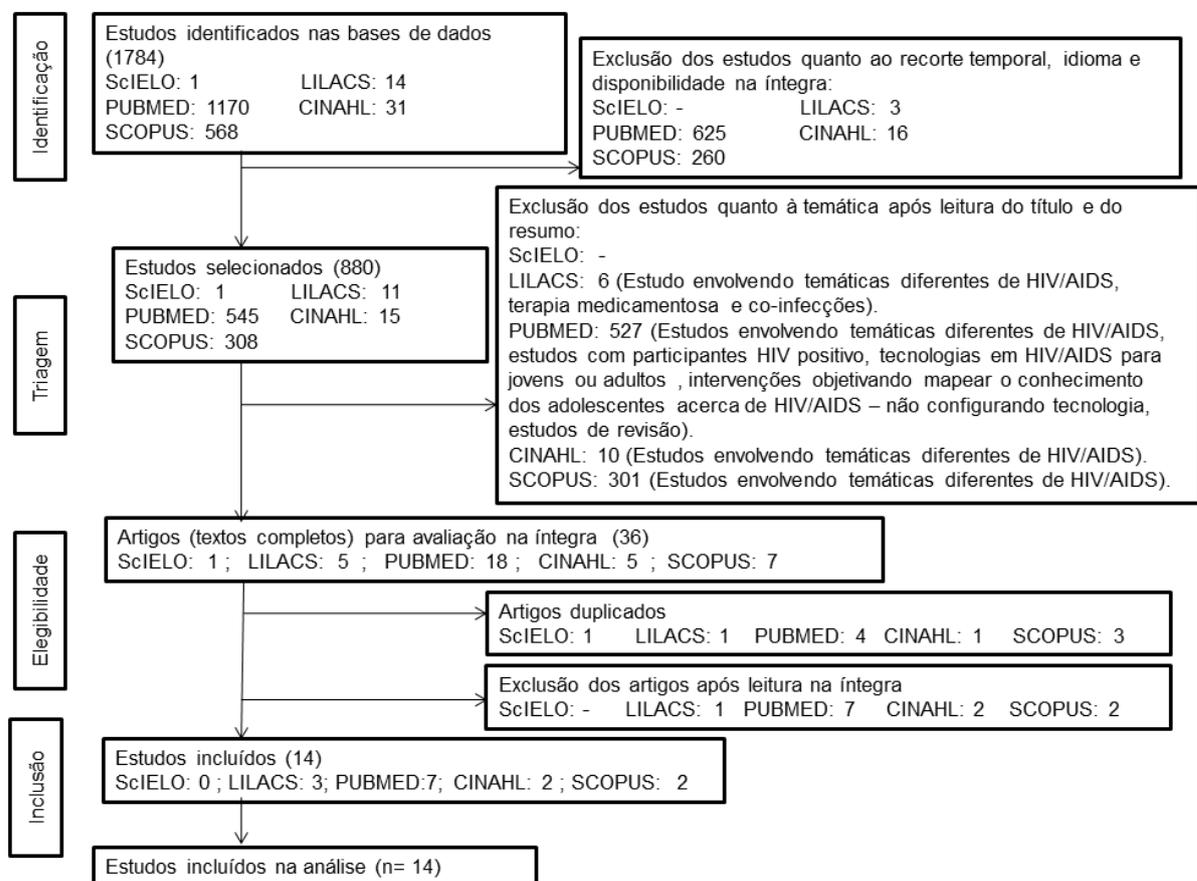
Os critérios de inclusão definidos foram: artigos originais que abordem a temática de tecnologias utilizadas na prevenção de HIV/aids em adolescentes, disponíveis na íntegra eletronicamente, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, e publicados entre o período de janeiro 2005 a setembro de 2015. Foram excluídos relatos de casos, monografias, dissertações, teses, editoriais, textos não científicos, capítulos de livro e estudos duplicados.

Na busca inicial, identificamos 1784, sendo 1 na base ScIELO, 14 LILACS, 1170 no Pubmed, 31 no CINAHL e 568 no SCOPUS. Destes, 880 (ScIELO: 1, LILACS: 11, Pubmed: 545, CINAHL: 15 e SCOPUS: 308) correspondiam ao recorte temporal dos últimos dez anos, aos idiomas pré-determinados e sua disponibilidade na íntegra eletronicamente. Pela leitura do título e resumo, foram

selecionados 26 artigos que foram lidos na íntegra. No entanto, apenas 14 responderam por completo a questão de pesquisa.

Todos os estudos encontrados foram inicialmente analisados pelos títulos e resumos, descartando os que não respondiam à questão norteadora. Posteriormente, os demais foram lidos na íntegra para análise detalhada. O fluxograma dos procedimentos realizados durante a seleção das pesquisas está descrito a seguir (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Elaborada pela autora.

Para extração dos dados dos artigos incluídos na revisão integrativa, foi utilizado um instrumento elaborado pela autora tendo como foco as variáveis selecionadas para análise: autores, título do artigo, periódico/ano, país, local de realização, amostra e método.

Para análise do nível de evidência, adotou-se a seguinte classificação: nível I - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios

clínicos randomizados controlados, ou oriundos de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado; nível III - evidências obtidas de ensaios clínicos sem randomização; nível IV - evidências provenientes de estudos de coorte e caso-controle; nível V - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI - evidências derivadas de um estudo descritivo ou qualitativo; nível VII - evidências oriundas de opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Para esta revisão integrativa, conforme exposto foram selecionados 14 artigos que responderam à pergunta norteadora. Sobre a caracterização dos estudos, no Quadro 2, em relação à origem das publicações, quatro ocorreram no Brasil, dez foram internacionais, sendo quatro oriundas dos Estados Unidos, duas da Uganda e as demais de Gana, Bahamas, Geórgia e China, contabilizando uma publicação cada. As publicações encontradas foram publicadas entre 2009 e 2015, com destaque aos anos 2011 e 2013, com três publicações cada. Houve diversidade em relação aos periódicos nos quais os estudos foram publicados, evidenciando Revista Eletrônica de Enfermagem e *PLoS One*, dois artigos cada.

No que concerne aos delineamentos metodológicos das pesquisas, houve estudos experimentais e não experimentais. De acordo com a classificação em sete níveis de evidência (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011), observou-se que quatro estudos apresentaram nível de evidência dois (STANTON *et al.*, 2015, ANINANYA *et al.*, 2015, YBARRA *et al.*, 2014, KLEIN; CARD, 2011) e dez estudos nível de evidência seis (GUBERT *et al.*, 2009, CAMILO *et al.*, 2009, GAO *et al.*, 2012, ESCOBAR-CHAVES *et al.*, 2011, BARBOSA *et al.*, 2010, CORNELIUS *et al.*, 2013, CORNELIUS *et al.*, 2012, MITCHELL *et al.*, 2011, GUBERT *et al.*, 2013, DICLEMENTE *et al.*, 2013).

Quadro 2 – Caracterização das produções científicas sobre as tecnologias educacionais para a prevenção de HIV/aids em adolescentes

(Continua)

| Autores/ Ano | Título | Periódico | País / Local | Amostra | Método |
|-------------------------------------|---|---|--|-------------------|---|
| GUBERT <i>et al.</i> , 2009 | Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE | Revista Eletrônica de Enfermagem | Brasil. Escola pública de ensino médio. | 30 adolescentes | Tipo pesquisa, perspectiva qualitativa |
| CAMILO <i>et al.</i> , 2009 | Educação em saúde sobre DST/Aids com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional como instrumento | <i>DST J. Bras. Doenças Sex. Transm</i> | Brasil. Escola pública de ensino fundamental /médio | 22 adolescentes | Estudo descritivo com abordagem qualitativa |
| GAO <i>et al.</i> , 2012 | <i>Effectiveness of school-based education on HIV/Aids knowledge, attitude, and behavior among secondary school students in Wuhan, China.</i> | <i>PLoS One.</i> | China. Escolas de ensino médio/fundamental | 1468 adolescentes | Estudo quase experimental |
| ESCOBAR-CHAVES <i>et al.</i> , 2011 | <i>Cultural tailoring and feasibility assessment of a sexual health middle school curriculum: a pilot test in Puerto Rico</i> | <i>Journal of school health</i> | Estados Unidos. Escolas de ensino médio | 73 adolescentes | Estudo descritivo |
| BARBOSA <i>et al.</i> , 2010 | Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/Aids | Revista Eletrônica de Enfermagem | Brasil. Escola pública de ensino fundamental e médio | 85 adolescentes | Estudo descritivo |
| CORNELIUS <i>et al.</i> , 2013 | <i>Text-messaging-enhanced HIV intervention for african american adolescents: a feasibility study.</i> | <i>J Assoc Nurses Aids Care.</i> | Estados unidos. Universidade. | 40 adolescentes | Estudo longitudinal descritivo |

Quadro 2 – Caracterização das produções científicas sobre as tecnologias educacionais para a prevenção de HIV/aids em adolescentes

(Continua)

| Autores/ Ano | Título | Periódico | País / Local | Amostr a | Método |
|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------|---------------------------------------|
| CORNELIUS <i>et al.</i> , 2012 | <i>Adolescents' perceptions of a mobile cell phone text messaging-enhanced intervention and development of a mobile cell phone-based HIV prevention intervention.</i> | <i>J Spec Pediatr Nurs.</i> | Estados Unidos. Universidade. | 11 adolescentes | Estudo descritivo |
| MITCHELL <i>et al.</i> , 2011 | <i>Cell phone usage among adolescents in Uganda: acceptability for relaying health information</i> | Res Educ Saúde | Uganda. Escola municipal | 1503 adolescentes | Estudo descritivo |
| GUBERT <i>et al.</i> , 2013 | Tradução e validação da escala <i>parent-adolescent communication scale</i> : tecnologia para prevenção de DST/HIV | Revista Latino Americana Enfermagem | Brasil. Instituição de ensino médio | 313 adolescentes | Estudo descritivo |
| STANTON <i>et al.</i> , 2015 | <i>Assessing the effects of a complementary parent intervention and prior exposure to a preadolescent program of HIV risk reduction for mid-adolescents</i> | <i>American Journal Public Health</i> | Bahamas. Escolapública | 2564 alunos | Ensaio clínico randomizado controlado |
| ANINANYA <i>et al.</i> , 2015 | <i>Effects of an adolescent sexual and reproductive health intervention on health service usage by young people in northern Ghana: a community-randomised trial</i> | <i>PLoS One.</i> | Gana. Comunidades Distritos Kassena-Nankana | 2664 adolescentes | Estudo comunitário randomizado |
| YBARRA <i>et al.</i> , 2014 | <i>Acceptability and feasibility of CyberSenga: an Internet-based HIV-prevention program for adolescents in Mbarara, Uganda.</i> | <i>AIDS Care.</i> | Uganda. Escola. | 366 adolescentes | Ensaio randomizado controlado |

Quadro 2 – Caracterização das produções científicas sobre as tecnologias educacionais para a prevenção de HIV/aids em adolescentes

(Conclusão)

| | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|-------------------------------|
| DICLEM ENTE <i>et al.</i> , 2013 | <i>Adoption and implementation of a computer-delivered HIV/STD risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking services at county health departments: implementation optimization is urgently needed</i> | <i>J Acquir Immune Defic Syndr.</i> | Geórgia. Serviços de saúde pública | 8 diretores e 32 funcionários. 11 adolescentes | Estudo descritivo |
| KLEIN; CARD, 2011 | <i>Preliminary efficacy of a computer-delivered HIV prevention intervention for African American teenage females</i> | <i>AIDS Education and Prevention</i> | Estados Unidos. Moradores de São Francisco, Califórnia | 178 adolescentes. | Estudo randomizado controlado |

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto às tecnologias educacionais identificadas nos artigos analisados, houve variedade quanto aos tipos de recursos utilizados na prevenção de HIV/aids em adolescentes. Verifica-se a ocorrência de palestras; oficinas educativas com exposição dialogada, gincanas, músicas, vídeos, jogos, teatros e confecção de material educativo – Fanzine; jogo do estilo dominó com perguntas e respostas; escala de comunicação entre pais e filhos adolescentes; atividades de mobilização na comunidade; mensagens de multimídia pelo telefone celular móvel; além de *softwares*, programas computadorizados divididos em módulos, todos promovendo conhecimento quanto ao HIV/aids e comportamentos sexuais preventivos.

Tecnologias educacionais que envolvem o lúdico foram realizadas em quatro estudos que ocorreram em escolas dos níveis fundamental e/ou médio (GUBERT *et al.*, 2009, CAMILO *et al.*, 2009, GAO *et al.*, 2012, ESCOBAR-CHAVES *et al.*, 2011). O estudo do tipo pesquisa-ação apoiado no Modelo Pedagógico de Paulo Freire - Círculo de Cultura – objetivou promover conhecimento, reflexão e decisão dos adolescentes no protagonismo de seu autocuidado. Foi realizado em escola pública municipal do ensino médio de Fortaleza, Ceará, Brasil, com 30 alunos

de 14 a 18 anos. As oficinas seguiram as etapas: levantamento das necessidades dos adolescentes, planejamento visando o vínculo grupal, execução por meio dos temas centrais sexualidade, gênero, IST, aids e métodos contraceptivos. Buscou-se exposição dialogada e uso de materiais educativos preconizados pelo Ministério da Saúde. Ao final, os adolescentes confeccionaram um material educativo – Fanzine - simbolizando os conhecimentos e as habilidades adquiridos na intervenção. Esta tecnologia permitiu identificar inconsistências nos saberes sobre as temáticas discutidas, limitada preocupação quanto ao contágio e à prevenção, e dificuldade dos adolescentes de se verem como indivíduos suscetíveis. Os autores deste estudo consideram que o uso de tecnologia educativa tenta superar o modelo tradicional, focando na coprodução do saber e autonomia. As oficinas possibilitaram aquisição de novos conhecimentos, favorecendo a reflexão quanto às práticas para o futuro (GUBERT *et al.*, 2009).

Ainda no Brasil, foi realizada uma atividade de educação em saúde por meio de seis oficinas educativas sobre com 22 alunos de 13 a 18 anos em escola pública de ensino fundamental e médio de Fortaleza, Ceará. As oficinas objetivavam o compartilhamento de conteúdos referentes à prevenção de IST e aids, com utilização de materiais educativos e atividades grupais e participativas. Para isso, foram viabilizadas gincanas, discussão em grupo, músicas, exibição de filme, atividades de recorte e colagem, e observação participante para o contato interativo com os colaboradores do estudo. No decorrer da atividade, verificou-se carência de informação em relação à sexualidade, dúvidas quanto à transmissão do HIV e conhecimento limitado sobre IST/HIV/aids. As atividades proporcionaram espaço de discussão e reflexão, buscando desfazer conceitos errôneos, mitos e tabus, fortalecendo as informações consistentes de saúde sexual e reprodutiva (CAMILO *et al.*, 2009).

Programa educacional sobre HIV/aids constituído por palestra educativa de 30 minutos e vídeo educativo de 15 minutos que focaram nos aspectos biológicos do HIV e da aids, na conscientização quanto à epidemia no país e no mundo, nos modos de transmissão, nos comportamentos de risco e nas medidas de prevenção. Estudo de intervenção realizado com 1468 adolescentes de 11 a 18 anos em escolas de nível fundamental e médio em Wuhan na China. A intervenção revelou aumento significativo do conhecimento geral sobre HIV/aids e seus modos de transmissão, com diferenças estatisticamente significativas. Os adolescentes

apontaram as fontes de conhecimento sobre HIV/aids, sendo na ordem decrescente, respectivamente, televisão, livros/jornais/revistas, internet, palestras, educação escolar, médicos, colegas/amigos e pais (GAO *et al.*, 2012).

A metodologia deste estudo (GAO *et al.*, 2012) considera-o como quase experimental, porém seu delineamento caracteriza-se como descritivo por não ter tido grupo de comparação/controle. Rothman, Greenlard e Lash (2011) apontam que os estudos quase experimentais são estudos controlados sem a distribuição aleatória nos grupos de intervenção e controle.

Em Porto Rico, nos Estados Unidos, foi avaliada a necessidade de adaptação cultural do programa *"It's Your Game: Keep It Real"* que incluem atividades em sala de aula em grupos e atividades interativas individuais em computadores relacionadas aos aspectos psicossociais em relacionamentos saudáveis, habilidades de comunicação no gerenciamento das situações de risco sexual. As atividades em sala de aula foram traduzidas para o espanhol, já as individuais em computador mantidas em inglês. Após a intervenção em 73 adolescentes de 12 a 14 anos, os participantes sugeriram adaptação cultural, visando melhor entendimento. Os participantes consideram o método envolvente e com aproveitamento superior a simples entrega de material. A avaliação da intervenção obteve credibilidade, aceitabilidade, atração motivacional, facilidade no uso e contribuição nas escolhas saudáveis (ESCOBAR-CHAVES *et al.*, 2011).

Jogo educativo do estilo dominó foi utilizado em estudo exploratório descritivo realizado em escola pública de ensino fundamental e médio do município de Fortaleza, Ceará, Brasil. O instrumento contém 30 peças de perguntas e respostas sobre anatomia feminina e masculina, puberdade e adolescência, sexo e sexualidade, IST/HIV/aids e contracepção. Foi criado para ser utilizado nas atividades de educação em saúde para adolescentes, composto de temáticas geradoras de discussão que propiciem reflexão dialógica dos participantes. Observou-se entusiasmo por parte dos adolescentes sobre os assuntos a serem trabalhados. Com intuito de avaliar o nível de conhecimento apresentado pelos adolescentes, foi aplicado um pré-teste antes da intervenção, identificando 47% de acertos. Após a intervenção, no pós-teste, o percentual de acertos elevou para 75,9%, constatando eficácia da tecnologia educativa no aumento do conhecimento por parte dos envolvidos. A estratégia educacional foi exitosa por ter favorecido o processo educativo, ao esclarecer dúvidas e preencher lacunas do conhecimento,

de maneira descontraída, tendo os adolescentes como protagonistas no ato educativo (BARBOSA *et al.*, 2010).

Algumas pesquisas (CORNELIUS *et al.*, 2013, CORNELIUS *et al.*, 2012, MITCHELL *et al.*, 2011) apresentaram estratégias educativas de prevenção ao HIV por meio do telefone celular móvel através do envio de mensagens com material didático em forma de texto, imagens e vídeos. Em estudo realizado em uma universidade na região sudeste dos Estados Unidos, de desenho longitudinal, com 40 adolescentes afro-americanos de 13 a 18 anos, foram entregues mensagens de multimídia diárias por três meses como reforço a uma ação comunitária presencial de prevenção ao HIV. Os temas consistiam em: compreensão do HIV, tomada de decisão sexual, habilidades comportamentais para o sexo mais seguro e orientação ao uso de preservativo. O uso de recursos pelo telefone celular móvel foi aceitável pelos adolescentes. Obtiveram-se, ao final da intervenção, mudanças positivas principalmente dentre os participantes de maior idade, como aumento de escores quanto ao conhecimento em HIV e ao uso de preservativo, e diminuição de experiências sexuais de risco (CORNELIUS *et al.*, 2013).

Um grupo focal foi realizado com onze adolescentes de 13 a 18 anos da intervenção citada anteriormente, tendo como objetivo identificar suas percepções quanto à estratégia realizada. A pesquisa revelou preocupação dos participantes no repasse das informações adquiridas aos pares e amigos, em virtude da conscientização em relação às altas taxas de infecção pelo HIV. Foi citado que os vídeos contribuíram bastante para o aprendizado, pois ilustraram claramente como se posicionar perante às situações de comportamento sexual de risco. Todos os adolescentes do grupo focal foram a favor de intervenção por mensagens de multimídia através do telefone celular, considerando a facilidade ao acesso e ao anonimato preservado nestas intervenções (CORNELIUS *et al.*, 2012).

Em Uganda, na África Ocidental, foi realizado um levantamento com 1503 adolescentes de 12 a 17 anos concernente aos programas de prevenção do HIV por telefone celular móvel aos adolescentes em ambientes de recursos limitados. Identificou-se que 27% possuíam telefone celular móvel, 93% destes enviaram mensagem de texto nos últimos 12 meses, sendo 19% mensagem de texto para obter informações sobre saúde. Além disso, 51% dos participantes relataram ter interesse em um programa de educação em saúde da prevenção ao HIV/aids por

mensagem de texto, fatores que indicam a viabilidade e aceitabilidade de mensagens relacionadas à saúde por telefones móveis (MITCHELL *et al.*, 2011).

A presença dos pais na prevenção ao HIV/aids foi abordada em dois estudos (GUBERT *et al.*, 2013, STANTON *et al.*, 2015). A escala *Parent-Adolescent Communication Scale* (PACS) foi desenvolvida nos Estados Unidos tendo a comunicação como menção promotora da educação para vivência de sexualidade saudável na adolescência. A PACS é constituída por cinco itens que analisam a percepção das adolescentes quanto à comunicação com seus pais relacionada à sexualidade. É composta pelos seguintes questionamentos: nos últimos seis meses, quantas vezes você e seu(s) pai(s) falaram sobre sexo, uso de preservativo, proteção de IST, proteção do vírus da aids e como evitar a gravidez. O estudo metodológico de adaptação transcultural foi realizado em três instituições de ensino médio em Fortaleza, Ceará, Brasil. A tradução inicial foi realizada pela síntese das traduções de um enfermeiro bilíngue com experiência na área e um tradutor juramentado. Posteriormente foi submetida ao processo de *backtranslation* para o inglês por outros dois tradutores bilíngues, sendo compilado os dois documentos na versão retrotraduzida. Após esta etapa, ocorreu a avaliação pelo comitê de especialistas para desenvolver a versão pré-final da PACS. A versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada a 30 adolescentes em dois momentos, individualmente e coletivamente. A validade de conteúdo consistiu no consenso dos especialistas e a validade de constructo foi verificada pela testagem de hipótese. No que se refere às propriedades psicométricas, o alfa de *Cronbach* foi de 0,86, evidenciando consistência interna, porém a validade de constructo convergente não foi alcançada mediante a testagem de hipóteses. A aplicação da PACS foi realizada com 313 adolescentes do sexo feminino de 14 a 18 anos. Sua avaliação foi com 94 participantes da amostra, sendo 91,48% consideraram a escala de fácil compreensão. Quanto à temática discutida entre pais e filhas, a principal foi acerca da gravidez ($p=0,001$) e o assunto menos abordado foi em relação ao HIV ($p=0,085$) e às IST ($p=0,161$). Em relação às fontes de informação, as adolescentes procuraram mais os professores para dialogar sobre IST/HIV, revelando o limitado diálogo entre pais e filhas (GUBERT *et al.*, 2013).

Em Bahamas, foi realizado um ensaio clínico randomizado controlado para avaliar o impacto da presença de um dos pais em um programa de prevenção de HIV em adolescentes. A amostra integrou 2564 adolescentes randomizados em

um grupo controle e três grupos intervenção, sendo acompanhados aos seis, doze e dezoito meses de intervenção. O grupo controle recebeu *Health and Family Life Education* (HFLE) que consiste em atividades sobre uma série de temas de saúde, dentre prevenção ao HIV e à gravidez. Os grupos de intervenção receberam: somente BFOOY (*Bahamian Focus on Older Youth*), BFOOY mais CImPACT (*Caribbean Informed Parents and Children Together*), BFOOY mais GFI (*Goal for It*). BFOOY incluem jogos, discussões interativas, peças de teatro sobre prevenção dos riscos sexuais, e, ao final, exercícios para reforçar os temas discutidos. CImPACT consiste em um vídeo que ilustra conversas entre pais e filhos sobre sexo e informações sobre transmissão e prevenção do HIV, incluindo demonstração do uso de preservativo (STANTON *et al.*, 2015).

Na sequência do vídeo, pai e filho discutem e encenam maneiras de melhorar a comunicação sobre os temas. A sessão termina com a prática do uso correto dos preservativos. GFI integra um vídeo de 22 minutos entregues aos pais sobre a definição de metas para desenvolvimento de um plano, descrevendo e ilustrando as etapas envolvidas no planejamento, execução e avaliação. Em seguida, ocorre uma discussão entre pais e filhos sobre estas etapas. Ao final dos 18 meses, o conhecimento sobre HIV aumentou significativamente em todos os grupos, sendo o grupo BFOOY CImPACT apresentou maior aumento do que o grupo HFLE ($p = 0,002$). Quanto às habilidades no uso de preservativo, aumentaram de forma significativa nos três grupos BFOOY, sendo o maior aumento no BFOOY CImPACT, seguido BFOOY GFI e por último BFOOY somente (STANTON *et al.*, 2015).

Um ensaio comunitário randomizado controlado foi realizado em 26 comunidades de Distritos Kassena-Nankana, norte de Gana, objetivando avaliar o impacto de um programa de incentivo ao uso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva pelos adolescentes. O programa *Adolescent Sexual and Reproductive Health* (ASRH) utilizou a teoria de aprendizagem social com o objetivo de melhorar o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. As comunidades participantes receberam: mobilização da comunidade e serviços de saúde amigos dos jovens. Já as comunidades de intervenção receberam adicionalmente ensino de saúde sexual e reprodutiva nas escolas de ensino médio, e educação de pares onde os próprios adolescentes fornecem informações e aconselhamento aos demais adolescentes fora da escola. Todos os jovens

moradores das comunidades selecionadas foram potenciais beneficiados do estudo através da amostragem aleatória (ANINANYA *et al.*, 2015).

Os dados foram coletados no início do estudo e três anos depois, a partir de uma coorte de 2664 adolescentes de 15 a 17 anos no início do estudo. Em relação ao uso dos serviços de IST, verificou-se aumento de 3% para 17% entre os adolescentes da intervenção contra 5% a 8% entre os participantes do grupo comparação. Os serviços de aconselhamento e testagem de HIV também foram mais procurados, entre o grupo intervenção o aumento foi de 3% para 13% versus 4% para 11% no grupo comparação. Além disso, os adolescentes mostraram maior satisfação quanto aos serviços frequentados, aumentou de 18% para 43% entre os adolescentes de intervenção e de 17% para 28% entre os adolescentes de comparação (ANINANYA *et al.*, 2015).

Foram identificados três estudos (YBARRA *et al.*, 2014, DICLEMENTE *et al.*, 2013, KLEIN; CARD, 2011) que envolveram a utilização de programas de computador ou *software*. O *CyberSenga* é um programa de educação sexual via internet para adolescentes em Mbarara, Uganda. É o primeiro programa de prevenção de HIV para adolescentes que tem sido sistematicamente desenvolvido e testado na África sub-saariana. O recurso foi planejado para orientar no uso de preservativo em adolescentes sexualmente ativos e na abstinência até o estabelecimento de relacionamento saudável no caso de adolescentes que não iniciaram vida sexual. É dividido em cinco módulos de uma hora: informações gerais sobre HIV, tomada de decisão/comunicação entre pares, benefícios dos comportamentos seguros à saúde, importância no uso do preservativo e relacionamentos saudáveis (YBARRA *et al.*, 2014).

Esta intervenção foi adaptada em quatro grupos: meninos e meninas em abstinência, e meninos e meninas sexualmente ativos. Os materiais disponibilizados aos grupos incluíram os mesmos conceitos, mas o conteúdo foi adaptado. Por exemplo, para os adolescentes abstinentes foi considerado que este comportamento seria uma escolha deles, objetivando no futuro, quando estiverem em relacionamento saudável, poderem ter uma vida sexual segura. Neste estudo, foi examinada a viabilidade e a aceitabilidade do programa *CyberSenga*, realizando para isso um ensaio clínico randomizado controlado com 366 alunos de 13 a 19 anos. O grupo de intervenção foi submetido aos cinco módulos do *CyberSenga* e o grupo controle recebeu somente a programação de HIV oferecida de rotina nas

escolas, esta última também ofertada aos adolescentes da intervenção (YBARRA *et al.*, 2014).

Quanto à viabilidade e à aceitabilidade da intervenção, 95% dos participantes completaram os cinco módulos, 89% revelaram possibilidade de acesso ao programa caso fosse disponível online no futuro, 94% consideraram grande aprendizado, 76% disseram que os conteúdos abordados foram de experiências já vivenciadas, 93% recomendariam aos seus amigos, 95% consideraram de fácil entendimento e 95% relataram ganho de habilidades para ajudá-los a manter saudáveis. Entretanto, ocorreram fatores limitantes, como incompatibilidade nos horários na realização do programa e demais atividades da escola, e grande parte dos alunos não tinha experiência com senhas para realizar o *login*, fato resolvido com o acesso pelo *login* dos facilitadores do programa (YBARRA *et al.*, 2014).

Além disso, dois em cada três adolescentes consideraram que o programa falava muito sobre sexo e preservativo, possivelmente pelo desconforto gerado na discussão destes assuntos. Esse elemento não sugere baixa aceitabilidade, considerando que às vezes as pessoas precisam ser desafiadas a discutir sobre elementos que causem desconforto para desenvolver a capacidade de resolver problemas que possam surgir de forma inesperada (YBARRA *et al.*, 2014).

A *Digital Afiya Intervention* (DAI) é um programa informático destinado a promover comportamentos de redução de risco de HIV/IST entre as adolescentes afro-americanas. Este programa foi traduzido de uma intervenção formatada em grupo para versão computadorizada individual a ser utilizada em departamentos de saúde pelos próprios funcionários do serviço. O recurso contém ferramentas auditivas e visuais de simples navegação. É dividido em três módulos independentes de quinze minutos que permitem reproduzir sessões anteriores para esclarecer a compreensão do conteúdo. Envolve cinco elementos centrais: comportamento étnico, tomada de decisão em saúde sexual, aumento do conhecimento sobre HIV/IST, relacionamento saudável e habilidade de negociação para sexo seguro (DICLEMENTE *et al.*, 2013).

Para isso, departamentos de saúde em Geórgia foram recrutados, a equipe do estudo realizou entrevistas com coordenadores e funcionários dos serviços de saúde; houve treinamento e assistência técnica para a execução da intervenção durante três meses e entrevista pós-intervenção com a equipe de

aplicação do programa. Ao final dos três meses de realização do DAI, dos onze usuários de 14 a 20 anos, oito completaram os três módulos integralmente, sendo que quatro serviços de saúde não usaram o programa. Em relação aos funcionários dos serviços de saúde que executaram o programa, 72% consideraram a tecnologia mais inovadora e 54% mais envolvente do que os demais programas de prevenção de HIV / IST existentes em seu serviço (DICLEMENTE *et al.*, 2013).

Além disso, a maioria dos funcionários (80%) relataram ter os recursos necessários à implementação do DAI e 65% consideraram que poucas alterações seriam necessárias ao serviço para a execução. Algumas barreiras de implantação foram identificadas: tempo limitado tanto dos funcionários pelas atividades já desempenhadas, como dos usuários que relataram estar “com pressa” conforme descrito pela equipe de aplicação, poucos clientes da população-alvo no período de execução e pouca capacitação dos funcionários dos serviços para aplicação da intervenção (DICLEMENTE *et al.*, 2013).

Sisters Informing, Healing, Living, and Empowering (SiHLE) é um programa de *software* multimídia para redução dos comportamentos sexuais de risco ao HIV em adolescentes afro-americanas. O estudo randomizado controlado com 178 adolescentes de 14 a 18 anos ocorreu em São Francisco, Estados Unidos, teve como objetivo avaliar a eficácia do programa SiHLE pelo período de três meses de seguimento. O grupo intervenção recebeu multimídia SiHLE e o grupo controle vídeos sobre dieta e nutrição. O programa objetiva reduzir os comportamentos sexuais de risco através da promoção do conhecimento em HIV/aids com base em palestras, jogos, dramatizações e discussões. Ao final dos três meses de seguimento, completaram a avaliação 91,2% do grupo intervenção e 90,8% do controle. Quanto à aceitabilidade, a intervenção SiHLE foi mais favorável do que a condição controle, aproveitamento ($p < 0,001$), importância ($p = 0,03$), interesse ($p = 0,001$) e satisfação ($p < 0,001$). No grupo intervenção houve aumento do uso de preservativo de 51% para 71% ($p = 0,05$). O conhecimento sobre HIV/IST aumentou nos dois grupos, sendo que na intervenção avançou na escala de avaliação de 5,08 para 6,81 ($p < 0,001$) e no controle de 5,29 para 5,86 ($p < 0,01$) (KLEIN; CARD, 2011).

A realização do estudo possibilitou visualizarmos a diversidade de tecnologias educacionais desenvolvidas na prevenção de HIV/aids em adolescentes, por meio de estratégias facilitadoras de promoção do conhecimento científico. As tecnologias educacionais têm viabilizado a construção mútua do conhecimento dos

adolescentes, através da troca de saberes e vivências, fortalecendo os meios de comunicação e habilidades de negociação entre pares, visando o planejamento de práticas seguras à saúde sexual e preventivas quanto ao HIV/aids.

Destaca-se que a temática deve ser trabalhada para qualquer indivíduo, sendo que os adolescentes merecem maior atenção, por estarem vivenciando experiências próprias da adolescência relacionadas diretamente aos comportamentos de risco.

Quanto aos resultados encontrados, a maior limitação durante a realização do estudo refere-se à utilização primordial na estratégia de busca de descritores DeCS e MeSH nas bases de dados eletrônicas, posto que houve divergência entre os descritores indexados e as palavras-chave utilizadas nas demais produções científicas. Além disso, observou-se que alguns estudos não descreveram detalhadamente a tecnologia desenvolvida, tornando a compreensão restrita do conteúdo do recurso e suas contribuições ao público-alvo.

4.2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE CONHECIMENTO DOS ADOLESCENTES PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV.

O aumento da infecção pelo HIV em adolescentes continua sendo preocupante, exigindo intensificação das ações neste segmento. Este aumento está relacionado à falta de informação e aos fatores culturais que operam contra a prevenção do HIV (BRETAS *et al.*, 2009a).

Apesar do grau de conhecimento não ser suficiente à adoção de comportamentos protetores ao HIV, sua falta contribui para o aumento da vulnerabilidade. O conhecimento correto auxilia o adolescente a aderir às práticas sexuais seguras, sendo facilitador às mudanças no comportamento sexual (FERREIRA *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2013).

Em estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em duas escolas públicas em Peruíbe, São Paulo, ao comparar o conhecimento dos adolescentes sobre HIV e aids, obteve-se em dez anos redução no percentual de acertos aos questionamentos que envolveram aspectos gerais e modos de transmissão. Ainda há muitos jovens que não têm informações completas sobre como evitar a exposição ao vírus (DÍAZ MONTES *et al.*, 2014; VAL *et al.*, 2013).

O conhecimento inadequado dos adolescentes sobre HIV/aids configura-se como principal fator de vulnerabilidade individual, predispondo-os a contraírem o HIV. O grau e a qualidade do conhecimento sobre HIV/aids são elementos de vulnerabilidade mais frequentes nos estudos (GARCIA *et al.*, 2013; TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011).

Além disto, evidencia-se em adolescentes a percepção de invulnerabilidade e descrenças quanto à transmissão do HIV pelas relações sexuais sem proteção. As IST e o HIV são vistas pelos adolescentes como “doenças do outro” (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015b, 2015b; DESSUNTI; REIS, 2007).

Diante disto, objetivou-se realizar revisão integrativa da literatura referente às evidências científicas disponíveis na literatura sobre o conhecimento dos adolescentes para a prevenção da infecção pelo HIV.

A revisão integrativa de literatura permite sintetizar os achados provenientes de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias por meio de análise sistemática e rigorosa dos dados (SOARES *et al.*, 2014).

Para elaboração, foram adotadas as fases preconizadas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Formulou-se a seguinte questão norteadora: “Quais as evidências disponíveis na literatura científica sobre o conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV? ”.

As buscas foram realizadas em julho de 2016, nas bases de dados eletrônicas ScIELO, LILACS, Medline / PubMed e *Web of Science* por meio do acesso pelo portal da CAPES-Brasil via servidor proxy da UECE.

Para seleção inicial dos estudos, utilizou-se como descritores controlados: *knowledge*, *adolescent* e *HIV*, conforme DeCS e MeSH. Porém, em decorrência da vasta literatura nacional e internacional sobre a temática, para maior especificidade, adicionou-se o descritor *prevention*, entrecruzamento combinado com o operador booleano AND constituindo a estratégia de busca.

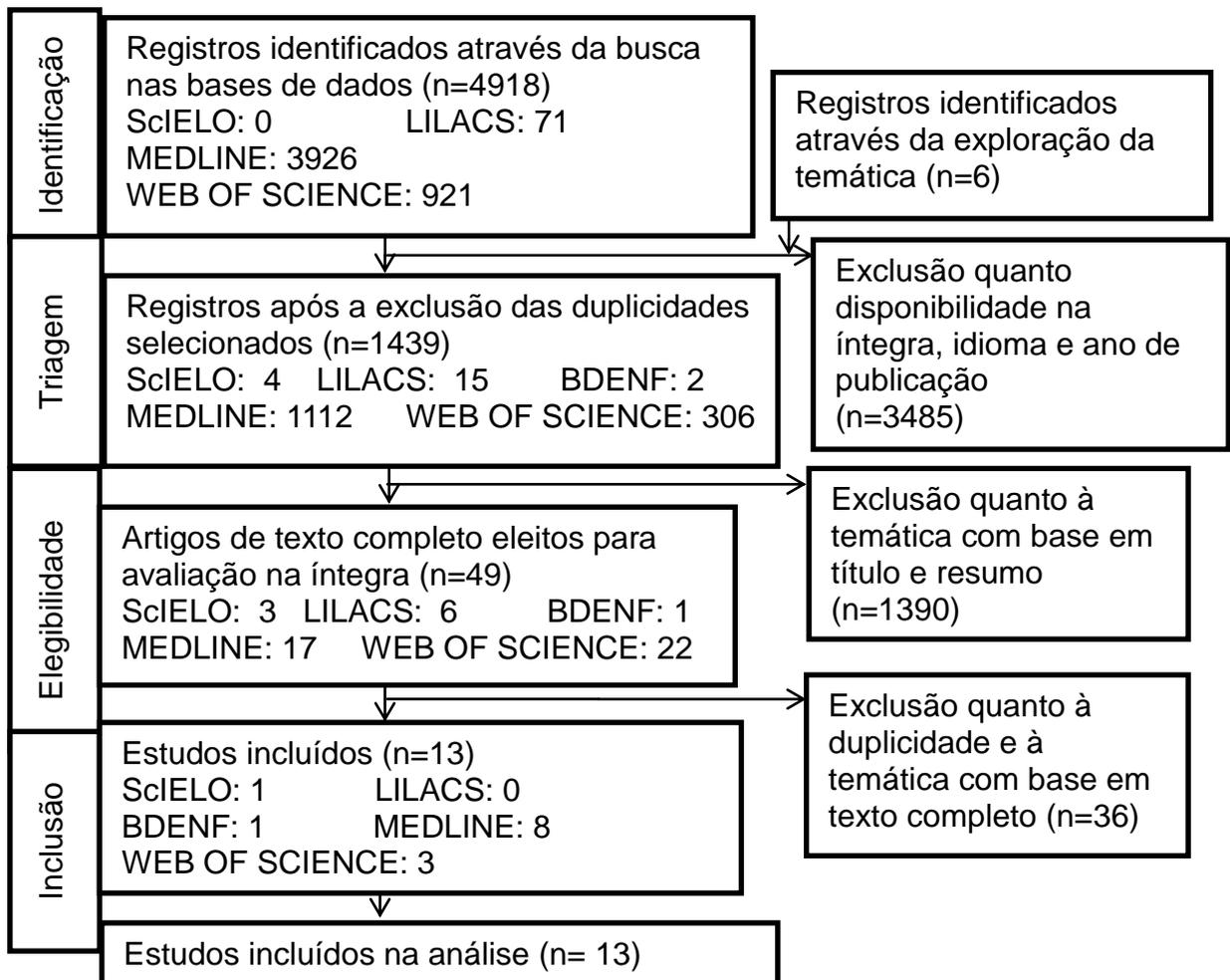
Os artigos foram pré-selecionados verificando a adequação quanto aos critérios de inclusão e exclusão delimitados. Foram incluídos artigos de pesquisas

originais que abordavam inicialmente o conhecimento dos adolescentes acerca da infecção pelo HIV, disponíveis na íntegra, redigidos em português, inglês ou espanhol, publicados entre julho de 2011 a junho de 2016, indexados nas bases de dados. Foram excluídas publicações que não estivessem em conformidade com o objetivo do estudo e aquelas duplicadas. Ressalta-se que a delimitação do período de publicação emergiu do quantitativo de artigos científicos sobre a temática, havendo assim necessidade de aplicar o filtro de seleção temporal.

Em paralelo às buscas nas bases de dados elencadas, realizou-se busca a partir da exploração da temática na literatura pertinente, sendo incluídos seis estudos para análise. A leitura criteriosa dos títulos e resumos permitiu a seleção dos artigos que abordavam o conhecimento dos adolescentes acerca da infecção pelo HIV. Na fase seguinte, procedeu-se a leitura na íntegra de cada estudo selecionado, mantendo o rigor da seleção com intuito de identificar a representatividade dos artigos que foram incluídos. Em virtude do grande quantitativo de artigos, a exclusão dos duplicados ocorreu na fase de elegibilidade, indo de encontro à recomendação do fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*) (MOHER *et al.*, 2009). Optou-se pela exclusão nas bases de dados com menos artigos selecionados. Para coletar as informações necessárias à análise, foi utilizado um instrumento elaborado pelo próprio autor contendo dados de identificação do artigo, nível de evidência, objetivo, método, resultados e conclusão.

O processo de seleção dos artigos está representado a seguir, conforme adaptação das recomendações PRISMA *Statement* (Figura 3).

Figura 3 – Processo de seleção dos artigos



Fonte: Elaborada pela autora.

Para extrair os dados dos artigos incluídos na revisão integrativa, utilizou-se um instrumento elaborado pela autora tendo como variáveis: autores, ano de publicação, título, periódico, país, local de realização, amostra, método, nível de evidência, principais resultados e conclusões.

A apresentação dos resultados foi realizada inicialmente pela caracterização dos estudos com base no instrumento de coleta de dados e procedeu-se a síntese e a discussão do conhecimento dos adolescentes frente aos aspectos gerais do HIV, meios de transmissão e métodos de prevenção, por meio da literatura pertinente.

O nível de evidência (NE) das publicações foi classificado em sete níveis: I - provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados, ou oriundos de diretrizes clínicas, baseadas em revisões

sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; II - ensaios clínicos randomizados controlados; III - ensaios clínicos sem randomização; IV - coorte e caso-controle; V - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI - estudo descritivo ou qualitativo; VII- opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

A amostra foi composta por treze artigos, apresentados no Quadro 3 conforme autores, ano de publicação, título, periódico, país, local de realização, amostra, método e nível de evidência.

O período de publicação compreendeu entre 2011 e 2016, sendo cinco publicados em 2013. Houve diversidade em relação à origem das publicações, dos treze artigos selecionados, três foram publicados em periódicos brasileiros e dez em periódicos de procedência internacional, sendo um desenvolvido no Brasil, Colômbia, Gana, China, Nigéria e Portugal contribuíram com um estudo cada, e Estados Unidos e República Democrática do Laos com dois cada. Os cenários mais presentes foram escola de ensino fundamental e/ou médio, seguido de distritos e zonas rurais, de serviços de saúde e de organizações locais.

A caracterização evidenciou como delineamento do estudo, quase a totalidade, doze, realizaram estudos transversais, e um estudo de coorte. Todos com abordagem quantitativa.

Quadro 3 – Caracterização das evidências disponíveis na literatura científica sobre conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV

(Continua)

| Autores / Ano | Título | Período | País / Local | Amostra | Método | N E |
|-----------------------------|--|----------------------------------|---|----------------------------------|--|------------|
| Chaves <i>et al.</i> , 2014 | Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV | Revista Brasileira de Enfermagem | Brasil. Ceará, Fortaleza. Escola pública estadual do ensino médio | 234 adolescentes de 13 a 19 anos | Estudo descritivo e exploratório. Quantitativo | VI |

Quadro 3 – Caracterização das evidências disponíveis na literatura científica sobre conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV

(Continua)

| Autores / Ano | Título | Período | País / Local | Amostr a | Método | N E |
|-----------------------------------|--|--|---|-------------------|---|------------|
| García-Corzo <i>et al.</i> , 2016 | <i>Knowledge on human immunodeficiency virus mechanisms of transmission among schoolchildren in the age range of 11 to 20 years old from poor districts of Bucaramanga, Colombia</i> | <i>Arch Argent Pediatr</i> | República da Colômbia. Departamento de Santander, Bucaramanga. Escolas do ensino secundário | 729 adolescentes | Estudo transversal. Analítico. Quantitativo | VI |
| Brito; Davis; Chakrabarti, 2014 | <i>A cross-national study to compare the knowledge, attitudes, perceptions of sexually transmitted diseases and the sexual risk behaviors of Latino adolescents</i> | <i>Int J Adolesc Med Health</i> | Estados Unidos, Chicago, e República Dominicana, São Domingos. Escolas do ensino médio | 364 adolescentes | Estudo transversal. Analítico. Quantitativo | VI |
| Sychareun <i>et al.</i> , 2013 | <i>Risk perceptions of STIs/HIV and sexual risk behaviours among sexually experienced adolescents in the Northern part of Lao PDR</i> | <i>BMC Public Health</i> | República Democrática Popular do Laos. Província de Luang Namtha, Zonas rurais | 483 adolescentes | Estudo transversal, descritivo, analítico. Quantitativo | VI |
| Appiah-Agyekum; Suapim, 2013 | <i>Knowledge and awareness of HIV/AIDS among high school girls in Ghana</i> | <i>HIV/AIDS – Research and Palliative Care</i> | Gana. Região de Grande Acra, Distrito Metropolitano de Acra, Acra. Escola do ensino médio | 260 adolescentes. | Estudo transversal, analítico. Quantitativo | VI |
| Thanavanh <i>et al.</i> , 2013 | <i>Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People's Democratic Republic</i> | <i>Journal of the International AIDS Society</i> | República Democrática Popular do Laos Distritos | 300 adolescentes | Estudo transversal, descritivo. Quantitativo | VI |

Quadro 3 – Caracterização das evidências disponíveis na literatura científica sobre conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV

(Conclusão)

| Autores / Ano | Título | Período | País / Local | Amostragem | Método | NE |
|--------------------------------|---|--|---|-------------------|--|-----------|
| Cai <i>et al.</i> , 2012 | <i>Study of HIV/AIDS-related knowledge among junior high-school students in Shanghai, China</i> | <i>International Journal of STD & AIDS</i> | China. Xangai. Distritos | 2432 adolescentes | Estudo transversal, analítico. Quantitativo | VI |
| Marinho <i>et al.</i> , 2012 | <i>Knowledge of HIV/AIDS Prevention and Factors Associated with Condom Use Among Adolescents in Northeast Brazil</i> | <i>Journal of Tropical Pediatrics</i> | Brasil. Pernambuco, Recife. Serviço de assistência à saúde | 410 adolescentes | Estudo transversal, analítico. Quantitativo | VI |
| Udell; Donenberg, 2015 | <i>Remembering the Basics: African American Youth and HIV Knowledge - Brief Report</i> | <i>Summer</i> | Estados Unidos. Chicago e Seattle. Organizações locais | 142 adolescentes | Estudo descritivo. Quantitativo | VI |
| Oladepo ; Fayemi 2011 | <i>Perceptions about sexual abstinence and knowledge of HIV/AIDS prevention among inschool adolescents in a western Nigerian city</i> | <i>BMC Public Health</i> | Nigéria. Oyo, Ibadan. Escolas públicas | 420 adolescentes | Estudo descritivo, transversal. Quantitativo | VI |
| Reis <i>et al.</i> , 2011a | <i>Information and attitudes about HIV/AIDS in portuguese adolescents: State of art and changes in a four year period</i> | <i>Psicothema</i> | Portugal. Norte, centro, Lisboa, Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Escola do ensino médio | 7093 adolescentes | Estudo analítico, transversal. Quantitativo | VI |
| Gonçalves <i>et al.</i> , 2013 | Conhecimento sobre a transmissão de HIV/AIDS entre adolescentes com 11 anos de idade do Sul do Brasil | Rev Brasileira Epidemiol | Brasil. Rio Grande do Sul, Pelotas. Serviços de saúde | 3949 adolescentes | Estudo de coorte prospectivo | IV |
| Angelim <i>et al.</i> , 2015 | Conhecimento de estudantes adolescentes acerca do HIV/AIDS | Rev Enferm UFSM | Brasil. Pernambuco, Recife. Escola do ensino fundamental e médio | 298 adolescentes | Estudo descritivo. Quantitativo | VI |

Fonte: Elaborado pela autora.

Os estudos referentes ao conhecimento dos adolescentes frente aos aspectos gerais do HIV constataram que, apesar de décadas da epidemia, ainda há dúvidas quanto ao conhecimento primário em HIV e aids. Não é possível afirmar que a totalidade dos entrevistados ouviu sequer falar em HIV e sabiam o significado de HIV e aids (GARCÍA-CORZO *et al.*, 2016; BRITO; DAVIS; CHAKRABARTI, 2014; APPIAH-AGYEKUM; SUAPIM, 2013; THANAVANH *et al.*, 2013). Qualquer pessoa pode se infectar pelo HIV, 83,8% concordaram (UDELL; DONENBERG, 2015). Pessoa com aparência saudável poderia estar infectada pelo HIV foi apontada em 53,5% a 78,2% dos adolescentes (GARCÍA-CORZO *et al.*, 2016; BRITO; DAVIS; CHAKRABARTI, 2014; APPIAH-AGYEKUM; SUAPIM, 2013; UDELL; DONENBERG, 2015; REIS *et al.*, 2011a). Sabiam os sinais e sintomas, apenas 41,4% (BRITO; DAVIS; CHAKRABARTI, 2014). A infecção pelo HIV pode não ter sintomas, 59,8% (CAI *et al.*, 2012). HIV pode estar presente no corpo humano de 10 a 15 anos antes de ser notado ou desenvolver aids, 76,7% (APPIAH-AGYEKUM; SUAPIM, 2013). Há teste para determinar se uma pessoa tem o vírus HIV, 90,1% (UDELL; DONENBERG, 2015). Existe tratamento, meramente 36%, sendo os antivirais as opções de tratamento, 11% (BRITO; DAVIS; CHAKRABARTI, 2014). Discordaram quanto à cura comprovada cientificamente, 50% e 53,5%, e por fitoterapia, 56,7% (APPIAH-AGYEKUM; SUAPIM, 2013; UDELL; DONENBERG, 2015).

Resultados de estudos prévios estão em concordância com os achados. Verifica-se, em Imperatriz, Maranhão, que o conceito HIV/aids foi compreendido por 82,8% dos adolescentes (COSTA *et al.*, 2013). Semelhante à Silva *et al.* (2016), 80% dos adolescentes concordaram que o HIV é o agente causador da aids. No inquérito de Nader *et al.* (2009), acerca do conhecimento em relação à aids de 221 adolescentes com idade média de 14 anos em Canoas, Rio Grande do Sul, 91% sabem o que é aids, 89,6% sabem que é uma doença causada por um vírus, o HIV, e 96,4% acertaram quem pode se infectar pelo HIV.

A grande maioria (82,5%) dos adolescentes concorda que qualquer pessoa pode adquirir a doença (ANJOS *et al.*, 2012). Em estudo de Silva *et al.* (2016), quando questionou se a aids é uma doença que afeta apenas o grupo masculino, 93% dos adolescentes não concordam, e apenas o grupo de homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas, 89% não confirmaram. Qualquer pessoa que tem contato sexual (vaginal, anal ou oral), com o mesmo sexo ou sexo oposto, sem uso correto do preservativo está exposta à infecção pelo HIV.

No Brasil, entre adolescentes de 13 a 19 anos, observou-se tendência de aumento da infecção pelo HIV em homens. Em 2014, existiam 60% a mais de homens com HIV do que mulheres. Em indivíduos com 13 anos ou mais, a principal via de transmissão foi a sexual, tanto entre homens como em mulheres. Entre os homens, houve predomínio de exposição heterossexual, porém nos últimos dez anos ocorreu tendência de aumento na proporção de casos de homens que fazem sexo com homens (BRASIL, 2015b).

Anjos *et al.* (2012) identificaram, em Peruíbe, São Paulo, que 59,4% dos adolescentes afirmaram não ser possível reconhecer o portador de HIV pela aparência. Já no estudo de Silva *et al.* (2016), apenas 10% respondeu corretamente que pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV. Dados inferiores aos apresentados pela Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas (PCAP) em 2008 na população brasileira referente ao mesmo questionamento, 92,6% dos indivíduos de 15 a 24 anos concordaram (BRASIL, 2011c).

Os sinais e sintomas da aids mais apontados pelos adolescentes, em Embu, São Paulo, foram: cansaço, falta de apetite, dor no corpo e nas articulações, febre, suores noturnos, manchas vermelhas na pele, tosse persistente, diarreia e inflamação dos gânglios. Entretanto, 33% referiram não saber nada sobre o assunto (BRETAS *et al.*, 2009b). Estima-se que 50% a 70% dos indivíduos após a infecção pelo HIV desenvolvem inicialmente síndrome clínica aguda por três a seis semanas, evidenciada por manifestações inespecíficas, como febre, *rash* cutâneo, faringite, artralgia, mialgia, linfadenopatia, dor de cabeça, falta de apetite e náusea. A fase assintomática ou de latência clínica, entre a infecção aguda inicial e o desenvolvimento da aids, tem duração de aproximadamente dez anos em pacientes não tratados. Ressalta-se que neste período, apesar da ausência de manifestações clínicas, a replicação viral é contínua e progressiva. Com a imunossupressão severa, a pessoa com HIV encontra-se em alto risco de infecções oportunistas e neoplasias, caracterizando a aids propriamente dita (KASPER *et al.*, 2016).

Em relação ao diagnóstico, Nader *et al.* (2009) apontaram que 93,9% informaram adequadamente que é necessário realizar um exame de sangue chamado anti-HIV, 80% confirmaram a gratuidade do teste na rede pública de saúde, apenas 29% sabem que é opcional a identificação pessoal em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 36,6% afirmaram que quem tem ou teve alguma IST deve realizar o teste anti-HIV e 56,6% que quem tem ou teve parceiro

sexual com alguma IST. Sabe-se que a presença de outra IST, principalmente as ulcerativas por cancro mole, sífilis e herpes genital, aumenta o risco de transmissão do HIV (BRASIL 2006; WHO, 2016). Os testes para diagnóstico de HIV devem ser amplamente difundidos, pois quanto mais cedo for o diagnóstico e iniciado o tratamento, maior será o controle da infecção e da transmissão (BRASIL, 2015c). No Brasil, 11,9% das pessoas vivendo com HIV/aids com 18 a 24 anos apresentaram diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, ou seja, primeira contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³ (BRASIL, 2015b).

A discussão acerca da infecção pelo HIV relacionada à morte foi evidente em pesquisa de Cavalcanti *et al.* (2015), estudo realizado com adolescentes em acolhimento provisório em Natal, evidenciado a partir das falas: [...] é uma doença perigosa [...] e [...] doença que mata [...]. Em Gomes *et al.* (2012) um aspecto constituinte da representação social da aids refere-se à morte atrelada à doença, influenciando diretamente na adesão à terapia antirretroviral, visto que os sujeitos não veem razão em decorrência da morte considerada inevitável para as pessoas que vivem com o HIV.

A possibilidade da cura da aids foi apontada por 7% e 9% dos adolescentes, respectivamente, em Silva *et al.* (2016) e Bretas *et al.* (2009a). Em concordância com o PCAP em 2008 (BRASIL, 2011c) 93,8% afirmaram que não existe cura para a aids.

A terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectadas pelo HIV quando introduzida precocemente tem evidenciado grande impacto na evolução clínica e na melhora significativa da sobrevida. A eficácia da abordagem com múltiplos fármacos antirretrovirais decorre do restabelecimento imunológico precoce e do retardo da evolução natural da infecção. Desta maneira, o amplo acesso nos dias atuais à terapêutica possibilitou mudança no perfil do adoecimento, caracterizando a infecção pelo HIV como doença crônica controlada (BAZIN *et al.*, 2014).

O achado de estudo realizado por Kourrouski e Lima (2009) corrobora ao revelar depoimentos de adolescentes com HIV que mencionaram se sentir normais frente aos demais adolescentes. Resultado evidenciado nas seguintes falas: “Viver com HIV é normal. É a mesma coisa de uma pessoa que não tem problema nenhum; eu vivo que nem minhas irmãs” e “Viver com HIV é normal. É a mesma

coisa que não ter nada. Porque posso sair, posso brincar, ninguém discrimina, ninguém fala nada”.

No que tange ao conhecimento dos adolescentes acerca das ações que transmitem e não transmitem HIV, constam os percentuais das respostas corretas aos quesitos no Quadro 4.

Quadro 4 - Conhecimento dos adolescentes sobre as formas de transmissão do HIV. Variação dos percentuais das respostas corretas aos questionamentos

(Continua)

| Transmite HIV | Variação dos percentuais das respostas corretas | Referências dos estudos da amostra |
|--|--|--|
| Relação heterossexual: | 82,8% | Gonçalves <i>et al.</i> , 2013. |
| Relação homossexual: | 55,9% | Gonçalves <i>et al.</i> , 2013. |
| Relação sexual sem preservativo: | 71% - 99% | Cai <i>et al.</i> , 2012; Udell; Donenberg, 2015; Reis <i>et al.</i> , 2011a; Angelim <i>et al.</i> , 2015; Oladepo; Fayemi, 2011; Appiah-Agyekum; Suapim, 2013; Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Marinho <i>et al.</i> , 2012. |
| Relação sexual vaginal sem preservativo: | 68,3% - 91% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; García-Corzo <i>et al.</i> , 2016. |
| Relação sexual não vaginal sem preservativo: | 86,3% | Marinho <i>et al.</i> , 2012. |
| Relação sexual oral sem preservativo: | 27,7% - 44% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; García-Corzo <i>et al.</i> , 2016. |
| Relação sexual anal sem preservativo: | 32,9% - 58% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; García-Corzo <i>et al.</i> , 2016. |
| Relação sexual durante a menstruação sem preservativo: | 47% | Chaves <i>et al.</i> , 2014. |

Quadro 4 - Conhecimento dos adolescentes sobre as formas de transmissão do HIV. Variação dos percentuais das respostas corretas aos questionamentos
(Conclusão)

| Transmite HIV | Variação dos percentuais das respostas corretas | Referências dos estudos da amostra |
|---|--|---|
| Compartilhamento de agulhas e seringas: | 65% - 97,3% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; García-Corzo <i>et al.</i> , 2016; Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Marinho <i>et al.</i> , 2012; Udell; Donenberg, 2015; Reis <i>et al.</i> , 2011a; Angelim <i>et al.</i> , 2015; Gonçalves <i>et al.</i> , 2013. |
| Tatuagens: | 32% - 96,3% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; Marinho <i>et al.</i> , 2012. |
| Objetos cortantes: | 87,6% | Oladepo; Fayemi, 2011. |
| Compartilhamento de instrumentos pessoais, como escovas de dente, lâminas de barbear: | 100% | Appiah-Agyekum; Suapim, 2013. |
| Gestante HIV positivo pode transmitir ao bebê: | 50% - 88,3% | Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Udell; Donenberg, 2015; Oladepo; Fayemi, 2011; Reis <i>et al.</i> , 2011a. |
| Durante a gravidez: | 69,1%- 88,8% | García-Corzo <i>et al.</i> , 2016; Marinho <i>et al.</i> , 2012. |
| Durante o parto: | 39,2% - 96,7% | García-Corzo <i>et al.</i> , 2016; Appiah-Agyekum; Suapim, 2013; Marinho <i>et al.</i> , 2012. |
| Durante a amamentação: | 37,7% - 96,7% | García-Corzo <i>et al.</i> , 2016; Appiah-Agyekum; Suapim, 2013; Marinho <i>et al.</i> , 2012. |
| Pessoa infectada pelo HIV não apresentando sintomas: | 63,3% | Appiah-Agyekum; Suapim, 2013. |
| Fluidos corporais, como sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno: | 90% | Appiah-Agyekum; Suapim, 2013. |
| Transfusão de sangue: | 64,6% - 86,8% | Appiah-Agyekum; Suapim, 2013; Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Marinho <i>et al.</i> , 2012; Oladepo; Fayemi, 2011; Reis <i>et al.</i> , 2011a. |

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados sugerem que algumas deficiências ainda persistem com relação ao conhecimento relativo às formas de aquisição do vírus. A transmissão por contato sexual vaginal sem preservativo é a mais referida pelos adolescentes, porém o mesmo não ocorreu a respeito de comportamentos sexuais específicos de risco, como sexo oral, anal e durante a menstruação.

Achados do presente estudo são equivalentes aos obtidos na literatura nacional. Anjos *et al.* (2012) identificaram que a grande maioria dos adolescentes (92,5%) não considera a prática do sexo vaginal sem preservativo segura, entretanto a segurança na prática do sexo anal e oral sem preservativo causaram dúvidas em 20,5% e 27,8%, respectivamente. A mesma lacuna ocorreu em pesquisas de Bretas *et al.* (2009b) e de Silva *et al.* (2016), os adolescentes reconhecem como fonte de contágio o sexo oral 44% e 33%, e anal 45% e 63%, respectivamente.

O desconhecimento da possibilidade de infecção pelo HIV por sexo oral e anal, ou durante o período menstrual integrou o elemento “grau e qualidade do conhecimento sobre HIV/aids” mais frequente nos estudos das evidências científicas sobre dimensão individual da vulnerabilidade ao HIV/aids em adolescentes (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011).

A transmissão sexual é considerada a principal forma de transmissão do HIV. Há fatores que aumentam este risco: alta viremia, relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e presença de outra IST, conforme comentado anteriormente (BRASIL, 2006).

Destaca-se que a transmissão sexual do HIV inclui a vagina, o ânus, o reto e o pênis. Cada superfície tem barreiras próprias para resistir contra a infecção viral, como epitélio, muco, células do sistema imunológico e fatores antimicrobianos. Porém, pela composição das barreiras serem diferenciadas, a eficácia é distinta (BURGENER; MCGOWAN; KLATT, 2015)

Quanto ao tipo de epitélio da mucosa, o trato genital feminino é revestido por epitélio escamoso estratificado e epitélio colunar, e estrato córneo. Todavia o reto é revestido por apenas uma camada de epitélio colunar, contribuindo assim provavelmente com maiores taxas de transmissão do HIV pelo sexo anal receptivo desprotegido (BURGENER; MCGOWAN; KLATT, 2015)

O processo inflamatório resultante da atividade sexual frequente resulta em microabrasões na superfície da mucosa que podem aumentar a susceptibilidade

à infecção pelo HIV. As IST aumentam o risco de infecção pelo HIV em decorrência do aumento das células alvo do HIV e do dano sofrido no revestimento epitelial da mucosa. Além destes fatores, alterações na microbiota protetora na vaginal, presente na vaginose bacteriana, também estão relacionadas ao risco aumento de HIV (BURGENER; MCGOWAN; KLATT, 2015).

No Brasil em 2015 a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade foi a sexual, tanto em homens quanto em mulheres. Entre os homens, apesar do predomínio da categoria de exposição heterossexual nos últimos dez anos, há tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH), a qual passou de 35,3% em 2006 para 45,4% em 2015 (BRASIL, 2016a).

O compartilhamento de objetos cortantes e/ou perfurantes é constantemente referido pelos adolescentes como fonte de transmissão de HIV, em conformidade com Silva *et al.* (2016) e Ferreira *et al.* (2008) em que respectivamente 91% e 96,3% dos adolescentes responderam ser possível a transmissão. Usuários de drogas injetáveis que compartilham agulhas e seringas são apontados pelos adolescentes como grupo de risco à infecção pelo HIV por 42,7% (NADER *et al.*, 2009), 80% (BRETAS *et al.*, 2009b) e 85,5% (ANJOS *et al.*, 2012).

Houve variação na concordância dos adolescentes referente à transmissão vertical do HIV semelhante à literatura. Concordaram que a gestante com HIV transmite para o filho 39% (BRETAS *et al.*, 2009b), 64,4% (ANJOS *et al.*, 2012), 65,8% (VAL *et al.*, 2013) e 75% (NADER *et al.*, 2009). Durante a gestação e o aleitamento materno, meramente 18% e 17% concordaram, respectivamente (SILVA *et al.*, 2016). Em virtude da tendência de aumento nos últimos dez anos da taxa de detecção de gestante com HIV no Brasil, é imprescindível reforçar as ações educativas em prol da prevenção da transmissão vertical como estratégia para a redução das crianças infectadas (BRASIL, 2016a).

A grande maioria dos adolescentes considera que pode ocorrer transmissão de HIV em decorrência da transfusão de sangue contaminado. No estudo de Bretas *et al.* (2009b), 64% dos adolescentes concordam com o quesito e quase a totalidade em Araújo *et al.* (2010). A transmissão por transfusão de sangue ou derivados contaminados pode ocorrer, mas tornou-se rara devido ao controle rigoroso realizado pelos hemocentros (BRASIL, 2015a).

Com respeito ao conhecimento dos adolescentes acerca das ações que não transmitem o HIV, os percentuais das respostas corretas aos quesitos encontram-se no Quadro 5.

Quadro 5 - Conhecimento dos adolescentes sobre as ações que não transmitem o HIV. Variação dos percentuais das respostas corretas aos questionamentos

(Continua)

| Não transmite HIV | Variação dos percentuais das respostas corretas | Referências dos estudos da amostra |
|--|--|---|
| Aperto de mão: | 46,5% - 97% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Marinho <i>et al.</i> , 2012; Udell; Donenberg, 2015. |
| Abraço: | 83,6% - 83,8% | Reis <i>et al.</i> , 2011a; Gonçalves <i>et al.</i> , 2013. |
| Beijo: | 12% | Udell; Donenberg, 2015. |
| Beijo no rosto: | 97% | Chaves <i>et al.</i> , 2014. |
| Beijo na boca: | 74,4% - 94,6% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; Angelim <i>et al.</i> , 2015; Gonçalves <i>et al.</i> , 2013. |
| Tosse ou espirro: | 62,6% | Reis <i>et al.</i> , 2011a. |
| Compartilhamento de utensílios domésticos: | 66,6% - 94% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; Cai <i>et al.</i> , 2012. |
| Compartilhamento de utensílios de mesa: | 28,2% - 60% | Sychareun <i>et al.</i> , 2013; Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Cai <i>et al.</i> , 2012; Udell; Donenberg, 2015; Reis <i>et al.</i> , 2011a. |
| Compartilhamento de alimentos: | 36,9% | García-Corzo <i>et al.</i> , 2016. |
| Compartilhamento de roupas: | 55,7% | Thanavanh <i>et al.</i> , 2013. |
| Compartilhamento de roupas íntimas: | 84% | Chaves <i>et al.</i> , 2014. |
| Picada de inseto: | 8,5% - 99,4% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; García-Corzo <i>et al.</i> , 2016; Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Cai <i>et al.</i> , 2012; Marinho <i>et al.</i> , 2012; Udell; Donenberg, 2015; Angelim <i>et al.</i> , 2015. |

Quadro 5 - Conhecimento dos adolescentes sobre as ações que não transmitem o HIV. Variação dos percentuais das respostas corretas aos questionamentos

(Conclusão)

| Não transmite HIV | Variação dos percentuais das respostas corretas | Referências dos estudos da amostra |
|--|--|--|
| Banheiro público: | 28,2% - 87% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Marinho <i>et al.</i> , 2012; Udell; Donenberg, 2015. |
| Doação de sangue: | 45% - 51,5% | Chaves <i>et al.</i> , 2014; Marinho <i>et al.</i> , 2012. |
| Tocar o sangue de uma pessoa com HIV/aids: | 42% | Marinho <i>et al.</i> , 2012. |
| Nadar em piscina pública: | 44,4% | Udell; Donenberg, 2015. |
| Viver socialmente com uma pessoa com HIV: | 77,6% | Marinho <i>et al.</i> , 2012. |
| Bruxaria e outros rituais espirituais: | 70% | Appiah-Agyekum; Suapim, 2013. |

Fonte: Elaborado pela autora.

Houve equívocos referentes às ações que não transmitem HIV, elemento que interfere diretamente no convívio social dos portadores de HIV. Aspectos errôneos também foram encontrados na literatura científica nacional e internacional.

Em conformidade com Anjos *et al.* (2012), a grande maioria (81%) dos adolescentes discordou que seja possível adquirir HIV por aperto de mão, abraço, beijo no rosto ou estudando com uma pessoa contaminada. Entretanto, no mesmo estudo, somente 40% a 50% discordaram da transmissão do HIV pelo compartilhamento de banheiro, utensílios de mesa e de banho, assentos de ônibus, piscinas com portadores de HIV e por picada de insetos.

Os adolescentes discordaram da possibilidade de transmissão de HIV por: abraço ou beijo no rosto (83%), compartilhamento de sanitário e utensílios de banho (57%), utensílios de mesa e de alimentos (62%), picada de inseto (58%) (SILVA *et al.*, 2016).

Compartilhamento de banheiro, utensílios de mesa e de banho, assentos de ônibus e piscina foram consideradas por não transmitir HIV por respectivamente apenas 39,5%, 41,7% e 53,3% dos participantes (VAL *et al.*, 2013).

Díaz Montes *et al.* (2014) acrescentam que os adolescentes consideraram fatores para transmissão do HIV o compartilhamento com portador de HIV de alimentos (51,3%), a ingestão de água no mesmo copo (27,2%) e o beijo (63%). A transmissão por via aérea no mesmo estudo foi negada por 99% dos adolescentes.

A avaliação do risco de exposição inclui o tipo de material biológico e de exposição, o tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento no caso de profilaxia pós-exposição, e a condição sorológica para HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte (BRASIL, 2015f).

Os materiais biológicos com risco de transmissão do HIV são: sangue, sêmen, fluido vaginal e líquidos das serosas (peritoneal, pleural, pericárdico, líquido amniótico, líquido e líquido articular). Contudo, os materiais sem risco de transmissão do HIV, não havendo presença de sangue, são: suor, lágrima, fezes, urina, vômitos, secreção nasal e saliva (exceto em ambientes odontológicos) (BRASIL, 2015f).

Os tipos de exposições com risco de transmissão do HIV são: percutânea (causadas por instrumentos perfurantes e/ou cortantes), membranas mucosas, cutâneas com a pele não íntegra e mordeduras com presença de sangue. Exposição cutânea exclusivamente e mordedura sem presença de sangue não configuram risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2015f).

Concernente ao ato de doar sangue, não consideram risco de infecção pelo HIV apenas 23,1% (Val *et al.*, 2013) frente a 64,2% dos adolescentes (Coelho *et al.*, 2011). A doação de sangue é livre de contaminação para o doador em virtude de todos os materiais utilizados serem estéreis.

A maioria dos adolescentes no estudo de Anjos *et al.* (2012) discorda das seguintes maneiras de evitar o HIV: fé em Deus, sorte e destino da pessoa ter aids. Em consonância com identificado por Appiah-Agyekum e Suapim (2013) que não relacionam os rituais espirituais à transmissão do HIV.

A presença de falsas concepções à cerca da transmissibilidade do HIV interfere diretamente na relação interpessoal dos indivíduos que vivem com HIV, com diferentes repercussões no convívio social e profissional, agravando sua condição de saúde. Consoante ao estudo de Kawagoe *et al.* (2012) com vinte pacientes com HIV ou aids, quando questionados sobre o tipo de discriminação que sofrera em decorrência do diagnóstico, 22% afirmaram que os amigos não bebiam no mesmo copo, 11% o cônjuge saiu de casa, 11% foram despedidos do emprego, 11% os amigos tinham medo de dormir no mesmo local, 11% o serviço de saúde

negou atendimento, 11% vítimas de sátiras de amigos e 11% não foi admitido após exames admissionais. Depreende-se, assim, que a discriminação proveu de diferentes âmbitos sociais, amigos, trabalho, família e, até mesmo, serviços de saúde.

No que se refere aos métodos de prevenção à infecção pelo HIV, os percentuais das respostas corretas dos adolescentes estão expostos no Quadro 6.

Quadro 6 - Conhecimento dos adolescentes sobre os métodos corretos e incorretos de prevenção da infecção pelo HIV. Variação dos percentuais das respostas corretas aos questionamentos.

(Continua)

| Métodos corretos de prevenção da infecção pelo HIV | Variação dos percentuais das respostas corretas | Referências dos estudos da amostra |
|--|--|--|
| Não ter relações sexuais: | 44% - 96,7% | García-Corzo <i>et al.</i> , 2016; Brito; Davis; Chakrabarti, 2014; Appiah-Agyekum; Suapim, 2013; Udell; Donenberg, 2015; Oladepo; Fayemi, 2011. |
| Usar corretamente preservativo durante as relações sexuais: | 62,7% - 89,3% | García-Corzo <i>et al.</i> , 2016; Brito; Davis; Chakrabarti, 2014; Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Cai <i>et al.</i> , 2012; Udell; Donenberg, 2015; Oladepo; Fayemi, 2011. |
| Usar medicamentos especiais durante a gravidez para reduzir a transmissão ao bebê: | 27,2% | García-Corzo <i>et al.</i> , 2016. |
| Não compartilhar agulhas ou seringas: | 77,6% - 91,3% | Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Oladepo; Fayemi, 2011. |
| Métodos incorretos de prevenção da infecção pelo HIV | Variação dos percentuais das respostas corretas | Referências dos estudos da amostra |
| Usar anticoncepcionais hormonais: | 42,3% - 73% | Brito; Davis; Chakrabarti, 2014; Udell; Donenberg, 2015; Reis <i>et al.</i> , 2011a. |
| Ter relações sexuais com apenas um parceiro: | 46% - 80,7% | Brito; Davis; Chakrabarti, 2014; Thanavanh <i>et al.</i> , 2013; Oladepo; Fayemi, 2011. |

Quadro 6 - Conhecimento dos adolescentes sobre os métodos corretos e incorretos de prevenção da infecção pelo HIV. Variação dos percentuais das respostas corretas aos questionamentos.

(Conclusão)

| | | |
|--|-------------|---|
| Ter relações sexuais com apenas um parceiro não infectado: | 67,5% | García-Corzo <i>et al.</i> , 2016. |
| Ter relações sexuais com parceiro não infectado: | 42,3% | Udell; Donenberg, 2015 |
| Realizar exame de sangue antes do casamento: | 52,3% | Thanavanh <i>et al.</i> , 2013. |
| Usar antibiótico: | 67,5% | Sychareun <i>et al.</i> , 2013. |
| Usar antibiótico após a relação sexual: | 63,5% | Brito; Davis; Chakrabarti, 2014. |
| Realizar higiene íntima após a relação sexual: | 20,6% - 58% | Brito <i>et al.</i> , 2014; Sychareun <i>et al.</i> , 2013. |
| Urinar após a relação sexual: | 57% - 64% | Brito; Davis; Chakrabarti, 2014. |

Fonte: Elaborado pela autora.

Os métodos protetores da infecção pelo HIV citados nos estudos são relevantes à redução do risco pessoal dos adolescentes à exposição. Ao analisarmos segundo frequência com que foram referidos pelos adolescentes, evidencia-se o uso de preservativo, seguido da opção de abster-se de relações sexuais.

Somente o uso regular e adequado do preservativo durante todas as relações sexuais previne a infecção pelo HIV. Porém na literatura há relatos que demonstram discordância entre o conhecimento e a prática no que concerne ao uso de preservativo. Os resultados de Silva *et al.* (2016) indicam que quase a totalidade (93%) dos adolescentes concordou que o uso do preservativo masculino ou feminino evita a transmissão do HIV, destes 60% já tiveram relação sexual, sendo que a maioria (90%) afirmou ter tido pelo menos uma relação sexual sem o uso de preservativo e 5% relataram nunca ter usado a camisinha. Tal uso não sistemático do preservativo assemelha-se a outros estudos (COSTA *et al.*, 2013; NADER *et al.*, 2009; ANJOS *et al.*, 2012; CAVALCANTI *et al.*, 2015).

Nas falas dos adolescentes evidenciadas por Taquette, Rodrigues e Bortolotti (2015b), observa-se o uso não regular do preservativo exposto por “Eu usava camisinha uma vez sim, uma vez não, dependia mais da mulher. No caso tinha hora que lembrava, tinha hora que não, achava que a pessoa era tranquila.” e “Na hora vem a empolgação, aí diz que não vai usar isso não, vai sem mesmo, aí vai e faz sem.” Semelhante aos achados de Toledo, Takahashi e De-La-Torre-Ugarte-Guanilo (2011), em que o preservativo só precisava ser usado nas relações sexuais esporádicas, com quem não se conhece bem.

Há algumas questões citadas por autores referentes à baixa adesão ao uso consistente do preservativo pelos adolescentes. As possíveis causas estão relacionadas inicialmente ao conhecimento insatisfatório sobre prevenção de HIV que contribui diretamente no uso reduzido do preservativo pelos adolescentes com baixa idade na primeira relação sexual, na dificuldade de negociação entre parceiros, na relação sexual não planejada, nas concepções errôneas atribuídas à diminuição da sensibilidade e à confiança do parceiro (ANJOS *et al.*, 2012, GARCIA *et al.*, 2013; TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011).

Abster-se de relações sexuais foi apontada na literatura, porém não é considerada prática usual, sendo pouco reconhecida como medida preventiva (COELHO *et al.*, 2011; COSTA *et al.*, 2013).

A multiplicidade de parceiros com práticas sexuais sem uso de preservativo sem dúvidas configura fator de risco para infecção pelo HIV, porém optar por parceiro único não justifica o uso descontínuo de preservativo. Acreditar na parceria única como estratégia de prevenir HIV é frequente na literatura (NADER *et al.*, 2009; ANJOS *et al.*, 2012). Visto em Gomes *et al.* (2012), a relação estável baseada na confiança e fidelidade é fator de proteção contra a contaminação pelo vírus. A importância atribuída à confiança na fidelidade do parceiro independente da relação de gênero não é motivo para considerar como modo de prevenção (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011).

A literatura demonstra equívoco envolvendo o comportamento de adolescentes frente ao uso de anticoncepcional hormonal e preservativo. Evidenciou-se a prática do uso de preservativo com finalidade de método contraceptivo e não preventivo ao HIV (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011). Dessunti e Reis (2007) acrescentam que o uso de contraceptivos orais tem levado os jovens a abandonar o uso de preservativo, em

decorrência da preocupação em se evitar a gravidez ser maior do que de prevenir o HIV.

Autores denotam o uso de anticoncepcionais hormonais sendo referido como método de prevenção ao HIV por alguns adolescentes (COELHO *et al.*, 2011; COSTA *et al.*, 2013). Conforme exposto por Cavalcanti *et al.* (2015), elucidaram as seguintes falas relacionadas às formas de prevenção ao HIV: “[...]usando camisinha e tomando injeção[...]” e “[...]usando camisinhas e anticoncepcionais, e ir ao ginecologista[...]”.

Araújo *et al.* (2010) apontam que o uso de preservativo para prevenção do HIV é do conhecimento de quase todos os pesquisados, porém mais da metade apresentaram dúvidas se a prática do coito interrompido pode ser considerada como métodos de prevenção à infecção.

Na literatura também foram citadas por adolescentes os seguintes meios de prevenção ao HIV: consultar um médico regularmente, certificar que o parceiro não possua nenhuma doença, usar antibióticos, lavar os órgãos genitais e usar vitaminas após a relação sexual (BRETAS *et al.*, 2009a; TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011).

Percebe-se que os dados citados sugerem significativo desconhecimento dos adolescentes tanto nos resultados do presente estudo como na literatura. A falta de conhecimento tem como consequência a prática de comportamentos de risco pelos adolescentes.

O estudo possibilitou o levantamento das evidências disponíveis na literatura científica sobre o conhecimento de adolescentes sobre HIV, fornecendo subsídios para a melhoria da qualidade assistencial dos serviços de saúde nas práticas educativas de atenção aos adolescentes.

Os dados apresentados indicam que ainda há dúvidas e equívocos no conhecimento de adolescentes, tanto no que tange aos aspectos gerais, como aos meios de transmissão e de prevenção do HIV. Sabe-se que apesar do conhecimento por si só não ser suficiente para a mudança de comportamentos, a falta de informações básicas influencia diretamente no aumento à exposição dos adolescentes.

Por isso, ressalta-se a importância da temática ser levada aos ambientes de convívio dos adolescentes, viabilizada por profissionais de saúde, da educação,

familiares, proporcionando a prevenção do HIV mediante o conhecimento consistente capaz de gerar comportamento sexual saudável.

Desta maneira, são necessárias discussões planejadas, direcionadas às reais necessidades, de maneira a possibilitar que o adolescente se apodere do conhecimento, conseguindo identificar um comportamento de risco e ter domínio de como pode se prevenir. Além disso, é relevante considerar a livre disponibilização de materiais educativos informativos e de preservativos, por ser o único método preventivo eficaz ao se considerar a transmissão por via sexual.

4.3 CONSTRUÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA

O levantamento bibliográfico realizado por meio da revisão integrativa acerca das tecnologias educacionais desenvolvidas para a prevenção de HIV/aids em adolescentes permitiu averiguarmos que, embora o tema HIV em adolescentes seja discutido com frequência, não há material educativo válido que subsidie às atividades educativas em saúde.

Assim, a construção da cartilha educativa proveu da necessidade de elaboração de um instrumento válido a ser utilizado como subsídio as atividades educativas em saúde com vistas à prevenção do HIV em adolescentes. Com uma tecnologia educacional apropriada ao público a que se destina, contemplando de forma ampla a problemática, espera-se instrumentalizar os leitores, tornando-os capazes de modificar os comportamentos com conseqüente redução do risco de contaminação.

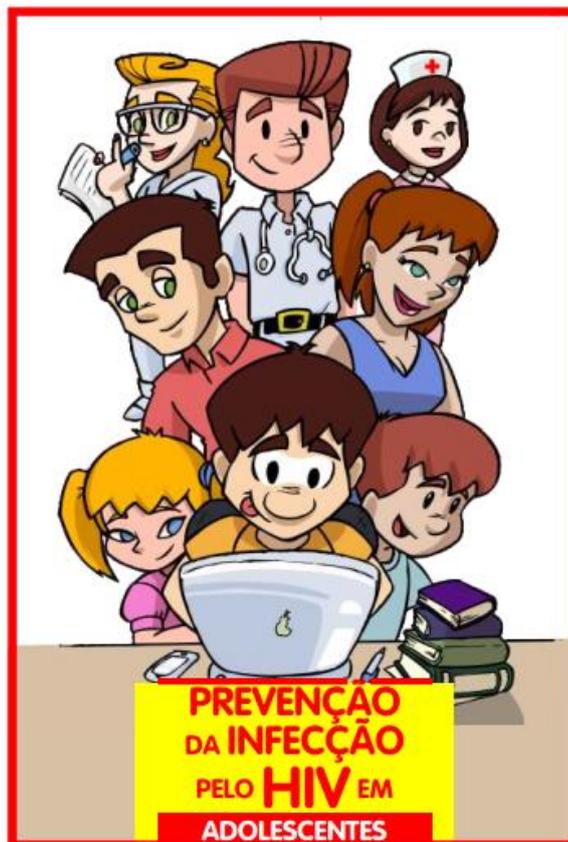
Para isso, a primeira etapa do processo de construção da versão inicial da cartilha educativa correspondeu ao levantamento do conteúdo com base no que foi averiguado na revisão integrativa sobre conhecimento dos adolescentes para a prevenção da infecção pelo HIV e ao aporte teórico obtido nos materiais do Ministério da Saúde citados. A partir dos achados, os conteúdos relevantes foram selecionados, agrupados, apresentados em linguagem de fácil compreensão e associados às ilustrações de maneira que proporcionem melhor assimilação das informações.

Durante a construção da cartilha buscou-se seguir os referenciais metodológicos de Doak, Doak e Root (1996) e Moreira, Nóbrega e Silva (2003). Para Doak, Doak e Root (1996), a utilização de textos simples é essencial à compreensão

do material educativo. É necessária a determinação do objetivo do material educativo, quais ações ou comportamentos são desejáveis, para que, a partir disto, o conteúdo seja direcionado. O foco deve ser no conteúdo das informações que levam ao comportamento esperado.

A capa proposta na primeira versão da cartilha contemplou o título “Prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes” e a ilustração representando a autonomia do adolescente na busca do conhecimento, ferramenta essencial à prevenção, e a rede de apoio composta pelos profissionais de saúde e da educação, e familiares. A capa da cartilha educativa está ilustrada na Figura 4. O intuito foi construir uma capa convidativa e retratar a mensagem principal e o público-alvo com imagens, cores e texto atrativos, fornecendo boa ideia do assunto a ser abordado.

Figura 4 – Ilustração da capa da cartilha educativa



Fonte: Elaborada pela autora.

Ao todo, a cartilha educativa conteve 32 páginas. As primeiras páginas foram referentes à ficha catalográfica, à apresentação e ao sumário. A ficha catalográfica identifica a autora, a orientadora, a instituição de ensino, o programa

de pós-graduação e o profissional técnico de diagramação e de ilustração. A apresentação objetivou apontar o conteúdo abordado na cartilha educativa. O sumário indicou as páginas de cada tópico. As páginas 30 e 31 contêm as referências presentes na Figura 5. E a última página com o brasão institucional.

Figura 5 – Páginas 30 e 31 da cartilha educativa

| Referências | |
|--|---|
| <p>BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Lei nº 12.984, de 02 de junho de 2014. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 104, 03 jun. 2014. Seção 1, p. 3.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília, DF, 2006. 197 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/aids>. Acesso em: 04 out. 2016.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – HIV e Aids. Ano IV - nº 1 - da 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014. Ano IV - nº 1 - da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Brasília, DF, 2015. 100p.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília, DF, 2015. 40p.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para a organização da rede de profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV – PER. Brasília, DF, 2016. 32p.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia para o cuidador domiciliar de pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília, DF, 2010. 100 p. (Série Manuais; n. 79) (Série B. Textos Básicos de Saúde).</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. 3. ed. Brasília, DF, 2016. 88p.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Adolescentes e jovens para a educação entre pares: adolescências, juventudes e participação. Brasília, DF, 2011. 62 p. (Saúde e prevenção nas escolas, v. 2). (Série B. Textos Básicos de Saúde).</p> | <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Adolescentes e jovens para a educação entre pares: sexualidades e saúde reprodutiva. Brasília, DF, 2011. 66 p. (Saúde e prevenção nas escolas, v. 1) (Série B. Textos Básicos de Saúde).</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: manual para profissionais médicos. Brasília, DF, 2015. 24p.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Por que fazer o teste. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-fazer-o-teste-de-aids>. Acesso em 04 out. 2016.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília, DF, 2015. 124 p.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília, DF, 2014. 240p.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. Brasília, DF, 2015. 54 p.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids. Brasília, DF, 2013. 116p.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília, DF, 2014. 20p.</p> <p>KASPER, D. L. et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19e. New York: Mc Graw Hill, 2016.</p> |
| 30 | 31 |

Fonte: Elaborada pela autora.

As informações da cartilha foram escritas em sentenças curtas, agrupadas em sequência lógica em tópicos e subtópicos, e, em alguns momentos, na voz ativa. Conforme preconizam Doak, Doak e Root (1996), a memória de curto prazo não é capaz de armazenar mais do que sete itens, o agrupamento da informação em tópicos facilita o armazenamento na memória de longo prazo e o uso da voz ativa torna a informação mais direta e informal.

As recomendações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003) indicam usar mensagens confiáveis, desenvolver uma ideia por vez, evitar listas longas de itens, declarar objetivamente a ação esperada pelo leitor, organizar conceitos e ações em ordem lógica, empregar ideias claras, incluir apenas informações necessárias,

descrever ao leitor o que deve fazer, explicar os benefícios da leitura do material, usar palavras curtas, preferir estilo conversacional, usar voz ativa, explicar termos técnicos e científicos, sendo utilizados de forma limitada, usar palavras simples e familiares, evitar siglas e abreviaturas, não discriminar diferenças culturais e raciais, incluir interação, como espaço em branco ao final destinado às anotações de dúvidas e pontos importantes.

Desta maneira, a cartilha foi ordenada nos seguintes tópicos em forma de perguntas:

- O que é HIV/aids?
- Como é a infecção pelo HIV e a aids?
- Como se transmite o HIV?
- Como não se transmite o HIV?
- Como prevenir a infecção pelo HIV?
- Como usar o preservativo masculino?
- Como usar o preservativo feminino?
- Como descobrir se a pessoa tem HIV?
- Como é o tratamento da pessoa com HIV?
- O que fazer em caso de possível exposição ao HIV?
- Quais os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes com HIV/aids?

Nas páginas 4 e 5, as siglas HIV e aids foram definidas, procurando ilustrar claramente que possuem significados diferentes visto que, pela revisão integrativa realizada, alguns adolescentes ainda não sabem sequer diferenciar.

As páginas de 6 a 10 descreveram as fases da infecção pelo HIV, aguda e assintomática (ou latência clínica), e a aids. Para ilustrar os sinais e sintomas, na página 6 e 7 foi possível ilustrar cada um separadamente com a identificação logo abaixo. Porém, na página 9, em decorrência do quantitativo de sinais e sintomas, foi necessário agrupar algumas possíveis manifestações na mesma ilustração, mantendo o aspecto de emagrecimento e fadiga não habitual em todos os desenhos. Optou-se por esta disposição visando atender parcialmente ao indicado por Moreira, Nóbrega e Silva (2003), limitar o número de ilustrações para não sobrecarregar o material e apresentar uma mensagem por ilustração.

Ressalta-se que Thiengo *et al.* (2005) apontam que o perfil das campanhas de prevenção da infecção pelo HIV veiculadas pela mídia não transmite

conteúdos sobre a evolução da infecção, caracterizada pelo agravo progressivo, preocupando-se em informações relacionadas à transmissão e à prevenção. Assim, nas entrevistas realizadas com os adolescentes no estudo de Thiengo *et al.* (2005), os participantes demonstraram conhecimento sobre como se proteger, porém não revelaram qualquer conhecimento sobre a progressão da infecção pelo HIV.

Destaca-se que por se configurar em um instrumento a ser utilizado como subsídio as atividades educativas em saúde com vistas à prevenção do HIV em adolescentes, para depois ser disponibilizado ao público-alvo, optou-se por acrescentar alguns termos técnicos, como linfócitos T CD4+, infecções oportunistas, carga viral e contagem de CD4, constam nas páginas 5, 10, 13 e 21. Estes termos foram devidamente explicados na cartilha educativa. Acredita-se que a inclusão seja relevante à compreensão geral do mecanismo da infecção pelo vírus e, com isso, o entendimento de como ocorre a transmissão e o tratamento. Além disso, pressupõe-se que o conhecimento do significado destes termos seja importante ao entendimento do que dizem os profissionais de saúde.

Na sequência, as páginas 11, 12 e 13 representam as principais formas relacionadas à transmissão do HIV e fatores contribuintes. Após, nas páginas 14 e 15, como não se transmite o HIV. É necessário que o adolescente compreenda com clareza os meios de transmissão para que tenha o domínio de identificar um comportamento de risco e assim seja capaz de se prevenir. Apesar dos meios de transmissão serem definidos pela literatura, ainda há adolescentes que acreditam na transmissibilidade do vírus por formas de contato que cientificamente não oferecem risco, repercutindo diretamente nas relações interpessoais. O estigma ainda presente na sociedade em relação às pessoas com condição sorológica para HIV acarreta em exclusão social. Tal discriminação favorece até mesmo a maior disseminação do HIV em decorrência da omissão do *status* sorológico pelo temor da não aceitação por parte da sociedade (FERREIRA, 2015).

Além disso, a omissão do diagnóstico pode gerar impacto negativo na adesão ao tratamento do indivíduo com HIV pelo receio das pessoas ao seu redor desconfiarem (CUNHA, 2010). Decorre deste fato a importância do conhecimento adequado para que assim a sociedade não firme restrições na vida cotidiana dos portadores de HIV, prejudicando diretamente na eficácia da adesão à terapêutica e favorecendo a propagação do vírus. Logo, as ilustrações de como não se transmite

o HIV representaram a interação grupal igualitária, sem nenhum tipo de limitação, livre de risco.

As páginas 16, 17, 18 e 19 retrataram as medidas recomendadas de prevenção à infecção pelo HIV, e descrevem a maneira correta de utilizar o preservativo masculino e o feminino, bem como os cuidados necessários à preservação da integridade física. O preservativo, por ser o único método, ao ser usado adequadamente, efetivo na proteção da infecção pelo HIV durante as relações sexuais, foi ilustrado nas mãos do casal, ambos com semblante de aceitação. Ilustrou-se o uso de instrumentos perfurantes em embalagem estéril e o acompanhamento médico da gestante com HIV/aids. Formas de proteção equivocadas são preocupantes por acarretar facilmente a disseminação do vírus. Apesar da revisão integrativa sobre o conhecimento dos adolescentes ter elucidado várias falsas maneiras de proteção, optou-se por não ilustrar em razão das orientações dos referenciais metodológicos seguidos não recomendarem desenhos dos comportamentos não desejáveis pelo leitor.

Em continuidade, as páginas 20 e 21 descrevem sucintamente onde encontrar os exames para diagnóstico de infecção pelo HIV, como são e quando devem ser realizados os testes rápidos (TR) e a importância de serem realizados precocemente. Compreende-se que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV possibilita a terapia antirretroviral em períodos iniciais da infecção, implicando, assim, em melhores respostas à terapêutica e em redução da propagação do vírus (SOUSA; PINTO JÚNIOR, 2016). Os TR foram descritos por serem os mais usados para rastreio de anticorpos anti-HIV pela fácil execução e baixo custo, podem ser realizados com fluido oral ou sangue coletado por punção digital, e sua qualidade, especificidade e sensibilidade, é avaliada pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Ressalta-se que em caso de exposição recente, a janela de soroconversão dos TR com fluido oral pode chegar a até três meses. Todavia, suas vantagens superam esta limitação em decorrência de ser um método não invasivo, com mínimo risco biológico (BRASIL, 2015d). Por conseguinte, as ilustrações tiveram o intuito de demonstrar aos adolescentes a fácil realização destes TR como incentivo a sua execução.

As páginas 22, 23 e 24 fazem referência ao tratamento da pessoa com HIV. Inicialmente, em forma de esquema, definiu-se como atua a terapia antirretroviral, como deve ser realizada, onde é disponibilizada e a quem é ofertada.

Em seguida, os benefícios da terapêutica medicamentosa, da realização periódica dos exames laboratoriais (contagem de carga viral e CD4) e dos possíveis desconfortos não desejáveis no início do tratamento medicamentoso, e a importância da associação com alimentação saudável e prática de atividade física para a qualidade de vida. Sabe-se que a terapia antirretroviral, contínua e diária, tem mudado o perfil da infecção pelo HIV, caracterizando-a como doença crônica controlada. A terapêutica reduz a morbidade e a mortalidade, proporciona melhor qualidade de vida e aumento de sobrevida. De encontro à imagem estigmatizada da pessoa com HIV/aids ligada à magreza, os indivíduos que realizam a atual terapia antirretroviral têm mudado suas concepções por meio de suas próprias experiências como evidenciado no estudo de Maliska *et al.* (2009). Assim, as ilustrações foram desenvolvidas simbolizando o indivíduo com HIV realizando o tratamento medicamentoso corretamente, recebendo a medicação e os preservativos na consulta com o profissional de saúde, alimentando-se de maneira saudável e praticando atividade física.

A página 25 informa o que deve ser feito após possível situação de exposição ao HIV, em quanto tempo no máximo e onde encontrar nos serviços de saúde. A Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV (PEP) é indicada de acordo com a avaliação do risco de exposição que engloba o tipo de material biológico, o tipo de exposição, o tempo transcorrido e a condição sorológica para HIV dos envolvidos (BRASIL, 2016c). Acredita-se que seja relevante ao adolescente ter ciência da conduta recomendada em uma situação de risco para que, em caso de possível exposição, procure o serviço de saúde em tempo hábil e assim viabilize o início precoce do esquema profilático, quando indicado.

Ao final, as páginas 26 e 27 tiveram o propósito de informar que os direitos sexuais e reprodutivos do adolescente com HIV são os mesmos de qualquer adolescente. Optou-se por incluir para explanar que os adolescentes com HIV ao realizar a terapia antirretroviral adequadamente diminuem o risco de transmissão ao seu parceiro sexual e, em caso de gravidez, ao feto. Reis *et al.* (2011b) afirmaram que a sexualidade é bastante influenciada pela soropositividade ao HIV e verificaram melhor qualidade de vida nos indivíduos com HIV que tinham vida sexual ativa. O parceiro foi tido como importante fonte de apoio emocional e apresentou impacto positivo na qualidade de vida para a pessoa com HIV. Além disso, acrescentou que,

com a cronificação da infecção pelo HIV, é cada vez mais frequente casais com sorologias diferentes para o HIV.

Nas páginas 28 e 29, há orientação para os adolescentes anotarem as dúvidas no espaço e leva-las ao profissional de saúde de sua instituição de ensino ou da unidade de saúde próxima a sua residência. Enfatizou-se o sigilo das informações conversadas, a possibilidade de irem sozinhos sem a necessidade de acompanhante, além do acesso aos preservativos nestes locais e aos esclarecimentos de como usar.

Para as ilustrações, tendo em vista que as informações se tornam mais compreensíveis quando visualizadas, buscou-se elaborar de maneira que possibilite o público-alvo se identificar. Assim, optou-se pelo estilo de desenho *cartoon* realístico com traços leves, marcados e claros.

Os recursos visuais atraem a atenção, ajudam o leitor a focar no que é importante, auxiliando na incorporação de novas informações. Sua utilização requer que cada ilustração esteja ao lado do texto correspondente. Figuras e textos correlacionados em páginas diferentes prejudicam o entendimento da mensagem. As imagens devem ilustrar comportamentos desejáveis. O estilo dos desenhos deve possibilitar que o leitor se reconheça (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Neste sentido, Moreira Nóbrega e Silva (2003) apoiam que as ilustrações ajudam a explicar as ideias importantes do texto e representam o comportamento esperado ao invés do que deve ser evitado. Assim, indicam evitar desenhos apenas decorativos, representar eventos da vida real, optando por imagens realísticas, evitar desenhos estilizados, usar ilustrações apropriadas ao leitor, manter boa qualidade e alta definição, e usar com cautela caricaturas, símbolos e sinais pictográficos. As ilustrações devem ser dispostas de modo fácil, próximas aos textos aos quais se referem, numeradas quando houver sequência e acompanhadas por setas ou círculos para destaque de informações.

No que se refere ao *layout*, utilizou-se fonte e tamanho, respectivamente, para os títulos Kozuka Gothic Pro H 20, para o texto Calibri 12, e para os destaques Comic Book 20 e Calibri 14. Os títulos foram escritos na coloração branca e caixa de texto na cor vermelha, quase a totalidade das palavras do corpo do texto na cor preta, e os destaques na cor amarela ou vermelha.

Doak, Doak e Root (1996) afirmam que o tamanho e o formato da fonte interferem na leitura e no entendimento. Fontes com letras de traços finos e grossos

são mais legíveis para materiais escritos em saúde, sendo o tamanho 13 indicado para muitos materiais. O uso de itálico, de caligrafias e de maiúsculo em todas as letras dificulta a leitura.

Moreira, Nóbrega e Silva (2003) recomendam tamanho da fonte para o texto, no mínimo, 12, e para os títulos dois pontos maiores, evitar textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas, usar itálico, negrito e sublinhado apenas para os títulos ou destaques, não super colorir e usar fonte preta sobre fundo claro.

Nas páginas que contiveram mais de uma informação, utilizaram-se caixas de texto em cores diferentes para realçar a associação entre a informação e a ilustração correspondente, mantendo prevalente a cor preta para a fonte e, em caso de destaques, foram realizados em negrito e/ou nas cores preta, vermelha ou amarela.

4.4 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA, E AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO PELOS ESPECIALISTAS

Participaram da validação da primeira versão da cartilha educativa, 15 especialistas, sendo 9 juízes docentes e 6 juízes assistenciais. Apesar de todos terem realizado a validação de conteúdo e aparência, e a avaliação da adequação ao público-alvo, optou-se por caracterizá-los separadamente em decorrência dos motivos que os fizeram compor o grupo dos docentes ou dos assistenciais.

Todos os juízes docentes possuíam graduação completa em enfermagem com variação de tempo de graduação de 6 a 36 anos e média de 16,2 anos. Em relação à titulação, a grande maioria oito (88,8%) possuía doutorado, sendo um em ciências socioambientais, um em ciências da saúde, cinco em enfermagem e um em cuidados clínicos em enfermagem e saúde, e um (11,1%) possuía mestrado, sendo este em cuidados clínicos em enfermagem e saúde. Os trabalhos de conclusão de doutorado abrangeram as seguintes temáticas: website sobre prevenção de IST/HIV para adolescentes envolvidos na igreja, cartilha educativa sobre excesso de peso em adultos hipertensos, atenção à saúde de pessoas com HIV, tecnologia assistiva com enfoque na alimentação complementar do lactente de pais cegos, utilização dos alimentos regionais em crianças no período de alimentação complementar, cuidado cotidiano de saúde entre ribeirinhos, cotidiano da mãe e trabalhadora de enfermagem, estratégias de aprendizagem sobre terapia intravenosa para

acadêmicos de enfermagem. Já o trabalho de conclusão de mestrado foi acerca de educação em saúde com adolescentes.

Quanto ao tempo de atuação na docência houve variação de 5 a 28 anos e média de 11,3 anos. As publicações de pesquisa envolveram estudos de validação, tecnologias educativas, HIV, saúde do adolescente e/ou saúde da mulher. Destaca-se a diversidade estadual das instituições de ensino superior em que lecionam, compreendendo Ceará, Maranhão, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro.

A grande maioria dos juízes assistenciais cinco (83,3%) possuía graduação em enfermagem e um (16,6%) em psicologia, apresentando variação de tempo de graduação de 5 a 41 anos e média de 16,8 anos. Quanto à titulação, dois (33,3%) possuíam doutorado, sendo um em enfermagem e um em saúde pública, e mais da metade quatro (66,6%) possuíam mestrado, três em enfermagem e um em ciências da saúde.

Os trabalhos de conclusão de doutorado envolveram as seguintes temáticas: prevenção da transmissão vertical do HIV e aconselhamento sorológico em HIV. Os trabalhos de conclusão de mestrado foram acerca da prevenção de HIV/aids em jovens usuários de cocaína/crack; conhecimentos, percepções e práticas sobre HIV/aids entre adolescentes; comportamento e conhecimento em sexualidade entre adolescentes, e paralisia cerebral.

Com relação ao tempo de trabalho na área, variou de 5 a 36 anos e média de 13,5 anos. Ademais, houve diversidade no tipo de atuação nas áreas de interesse, assistência ao adolescente em instituição de ensino, assistência hospitalar em infectologia, direção de organização sem fins lucrativos, coordenação de projeto saúde e prevenção nas escolas, assistência/direção em centros de testagem e aconselhamento, e assistência em unidade básica de saúde. As publicações de pesquisa envolveram: HIV, saúde do adolescente, tecnologias educativas, saúde da família, saúde mental da infância e da adolescência, e usuários de cocaína/crack.

Para a análise da validação de conteúdo e aparência, e avaliação da adequação ao público-alvo, decidiu-se integrar os dois grupos, ao todo 15 especialistas, já que ambos participaram com o mesmo objetivo de análise.

Os especialistas realizaram a validação de conteúdo e aparência da cartilha educativa a partir de dois critérios: clareza de linguagem e pertinência prática. Calculou-se o IVC de cada página, conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1 - IVCs de cada página da cartilha educativa a partir dos critérios analisados. Fortaleza, 2017

(Continua)

| Página / Assunto | Clareza de linguagem | Pertinência prática |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| Capa | 0,53 | 0,8 |
| Apresentação | 0,66 | 1 |
| O que é HIV/aids / Página 4 | 0,93 | 0,93 |
| O que é HIV/aids / Página 5 | 0,86 | 0,93 |
| Como é a infecção pelo HIV / Página 6 | 0,93 | 1 |
| Como é a infecção pelo HIV / Página 7 | 1 | 1 |
| Como é a infecção pelo HIV / Página 8 | 0,73 | 0,8 |
| Como é a infecção pelo HIV / Página 9 | 0,86 | 0,86 |
| Como é a infecção pelo HIV / Página 10 | 0,8 | 0,8 |
| Como se transmite o HIV / Página 11 | 0,86 | 0,93 |
| Como se transmite o HIV / Página 12 | 0,86 | 0,93 |
| Como se transmite o HIV / Página 13 | 0,66 | 0,93 |
| Como não se transmite o HIV / Página 14 | 1 | 1 |
| Como não se transmite o HIV / Página 15 | 1 | 1 |
| Como prevenir a infecção pelo HIV? / Página 16 | 0,73 | 1 |
| Como prevenir a infecção pelo HIV? / Página 17 | 0,86 | 1 |
| Como usar o preservativo masculino? / Página 18 | 0,86 | 0,93 |
| Como usar o preservativo feminino? / Página 19 | 0,86 | 0,93 |
| Como descobrir se a pessoa tem HIV? / Página 20 | 0,73 | 0,93 |

Tabela 1 - IVCs de cada página da cartilha educativa a partir dos critérios analisados. Fortaleza, 2017

| | | (Conclusão) |
|---|-------------|-------------|
| Como descobrir se a pessoa tem HIV? / Página 21 | 0,8 | 1 |
| Como é o tratamento da pessoa com HIV? / Página 22 | 0,93 | 1 |
| Como é o tratamento da pessoa com HIV? / Página 23 | 0,86 | 1 |
| Como é o tratamento da pessoa com HIV? / Página 24 | 0,93 | 0,93 |
| O que fazer em caso de possível exposição ao HIV? / Página 25 | 0,86 | 0,86 |
| Quais os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes com HIV/aids / Página 26 | 0,86 | 0,93 |
| Quais os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes com HIV/aids / Página 27 | 0,8 | 0,86 |
| Tem alguma dúvida? / Página 28 | 0,86 | 0,8 |
| Tem alguma dúvida? Página 29 | 0,93 | 1 |
| TOTAL | 0,84 | 0,93 |

Fonte: Elaborada pela autora.

O IVC das páginas individualmente apontou quanto à clareza de linguagem valor menor do que 0,8, ou seja, menos de 80% dos juízes em concordância, na capa, na apresentação e nas páginas 8, 13, 16 e 20. Já em relação à pertinência prática, todas as páginas obtiveram o valor de IVC maior que 0,8, indicando concordância mínima aceitável entre os especialistas.

O cálculo do IVC de cada critério da cartilha educativa indicou no que diz respeito à clareza de linguagem o valor de 0,84 e à pertinência prática o valor de 0,93. O IVC global da cartilha educativa foi de 0,89. Desta maneira, a cartilha educativa apresentou conteúdo e aparência válidos, podendo ser utilizada com subsídio as atividades educativas em saúde de prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes, evidenciado pelo valor de concordância entre os especialistas maior que 0,8 no que tange à clareza de linguagem e à pertinência prática.

A avaliação da adequação da cartilha educativa ao público-alvo foi realizada através do instrumento SAM, composto por 14 fatores divididos nas seguintes categorias de avaliação: conteúdo, linguagem, ilustrações gráficas, estimulação/motivação para aprendizagem e adequação cultural. As frequências simples e relativas das respostas da avaliação de cada fator pelos juízes através do instrumento SAM estão representadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequências simples e relativas das respostas da avaliação de cada fator pelos juízes através do instrumento SAM. Fortaleza, 2017

(Continua)

| Categorias | 2 escores - Adequado n (%) | 1 escore – Parcialmente adequado n (%) | 0 escore - Inadequado n (%) |
|--|---------------------------------------|---|--|
| 1. Conteúdo | | | |
| O objetivo é evidente, facilitando a compreensão da finalidade do material. | 14 (93,3%) | 1 (6,6%) | 0 |
| O conteúdo de maior interesse aborda comportamentos que ajudem a prevenir o HIV em adolescentes. | 13 (86,6%) | 2 (13,3%) | 0 |
| A proposta do material é limitada aos objetivos para que o leitor possa razoavelmente compreender no tempo permitido. | 12 (80%) | 3 (20%) | 0 |
| 2. Linguagem | | | |
| O nível da linguagem é adequado para a compreensão do público-alvo. | 8 (53,3%) | 6 (40%) | 1 (6,6%) |
| Os estilos de conversação e de voz ativa facilitam o entendimento do texto. | 10 (66,6%) | 4 (26,6%) | 1 (6,6%) |
| O vocabulário utiliza palavras comuns. | 6 (40%) | 9 (60%) | 0 |
| O aprendizado é facilitado por tópicos. | 12 (80%) | 3 (20%) | 0 |
| 3. Ilustrações gráficas | | | |
| A capa atrai a atenção e retrata o propósito do material. | 9 (60%) | 5 (33,3%) | 1 (6,6%) |
| As ilustrações apresentam mensagens visuais fundamentais para que o leitor possa compreender os pontos principais, sem distrações. | 12 (80%) | 3 (20%) | 0 |

Tabela 2 - Frequências simples e relativas das respostas da avaliação de cada fator pelos juízes através do instrumento SAM. Fortaleza, 2017

(Conclusão)

| Categorias | 2 escores - Adequado n (%) | 1 escore – Parcialmente adequado n (%) | 0 escore - Inadequado n (%) |
|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| 4. Estimulação / Motivação para aprendizagem | | | |
| Há interação do texto e/ou das figuras com o leitor. | 9 (60%) | 5 (33,3%) | 1 (6,6%) |
| Os padrões de comportamentos desejados são bem demonstrados. | 11 (73,3%) | 4 (26,6%) | 0 |
| Existe a motivação à mudança de comportamento, ou seja, as pessoas são motivadas a aprender por acreditarem que as tarefas e comportamentos são factíveis. | 11 (73,3%) | 4 (26,6%) | 0 |
| 5. Adequação cultural | | | |
| O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público-alvo. | 9 (60%) | 6 (40%) | 0 |
| O material apresenta ilustrações e exemplos adequados culturalmente. | 10 (66,6%) | 5 (33,3%) | 0 |

Fonte: Elaborada pela autora.

Identificou-se referente à categoria conteúdo que todos os juízes classificaram os itens como “parcialmente adequado” ou “adequado”. Quanto à linguagem, os fatores nível da linguagem e estilos de conversação e de voz ativa obtiveram escore 0 “inadequado” por um juiz cada, e os demais fatores foram considerados “parcialmente adequado” ou “adequado”. Concernente à categoria ilustrações gráficas, o item capa atrai a atenção e retrata o propósito do material obteve escore 0 “inadequado” por um juiz, e o outro item pontuado como “parcialmente adequado” ou “adequado”. No que tange à categoria estimulação/motivação para aprendizagem, o item interação do texto e/ou das figuras com o leitor obteve pontuação 0 “inadequado” por um juiz, e os demais itens foram pontuados como “parcialmente adequado” ou “adequado”. Ao fim, todos os itens da categoria adequação cultural alcançaram pontuação de “parcialmente adequado” ou “adequado”.

A avaliação geral da cartilha educativa obtida pela relação do somatório de todos os itens do instrumento pela pontuação máxima possível revelou que o material foi considerado “superior” por apresentar percentual de 83,8%, em razão de que o percentual entre 70% a 100% caracteriza o material como “superior”, entre 40% a 69% como “adequado” e entre 0% a 39% como “inadequado”. Estes resultados estão apresentados na Tabela 3, avaliação individual e geral dos juízes conforme instrumento SAM.

A análise do somatório dos itens por especialista permitiu verificar que quase a maioria (86,7%) dos especialistas classificou o material como “superior” e 13,3% dos especialistas como “adequado”. A avaliação por categoria evidenciou que todas obtiveram percentual entre 70% a 100%, sendo elucidadas assim como “superior”. Destaca-se que um especialista avaliou a cartilha com pontuação máxima.

Tabela 3 - Pontuações obtidas na avaliação da adequação da cartilha educativa através do instrumento SAM. Fortaleza, 2017

(Continua)

| Categoria | Conteúdo | Linguagem | Ilustrações gráficas | Estimulação / Motivação | Adequação cultural | Pontuação total SAM (%) | Classificação |
|---------------------|-----------------|------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Especialista | | | | | | | |
| 1 | 6 | 8 | 4 | 6 | 4 | 28(100%) | Superior |
| 2 | 6 | 6 | 4 | 5 | 2 | 23(82,1%) | Superior |
| 3 | 5 | 7 | 3 | 5 | 3 | 23(82,1%) | Superior |
| 4 | 6 | 7 | 2 | 6 | 4 | 25(89,3%) | Superior |
| 5 | 6 | 8 | 3 | 6 | 4 | 27(96,4%) | Superior |
| 6 | 6 | 6 | 4 | 6 | 4 | 26(92,9%) | Superior |
| 7 | 6 | 6 | 4 | 4 | 4 | 24(85,7%) | Superior |
| 8 | 5 | 8 | 3 | 5 | 4 | 25(89,3%) | Superior |
| 9 | 5 | 7 | 4 | 6 | 3 | 25(89,3%) | Superior |
| 10 | 6 | 5 | 3 | 6 | 3 | 23(82,1%) | Superior |
| 11 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 17(60,7%) | Adequado |
| 12 | 6 | 5 | 2 | 5 | 2 | 20(71,4%) | Superior |

Tabela 3 - Pontuações obtidas na avaliação da adequação da cartilha educativa através do instrumento SAM. Fortaleza, 2017

(Conclusão)

| Categoria | Conteúdo | Linguagem | Ilustrações gráficas | Estimulação / Motivação | Adequação cultural | Pontuação total SAM (%) | Classificação |
|---------------------|-----------------|------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Especialista | | | | | | | |
| 13 | 6 | 5 | 3 | 2 | 2 | 18(64,3%) | Adequado |
| 14 | 6 | 7 | 3 | 5 | 4 | 25(89,3%) | Superior |
| 15 | 5 | 6 | 4 | 4 | 4 | 23(82,1%) | Superior |
| TOTAL | 93,3% | 78,3% | 83,3% | 83,3% | 81,7% | 83,8% | Superior |

Fonte: Elaborada pela autora.

Posto isto, a cartilha educativa proposta neste estudo foi considerada “superior” por intermédio da avaliação da adequação ao público-alvo pelos especialistas docentes e assistenciais na área de interesse, retratando conteúdo, linguagem, ilustrações gráficas, estimulação/motivação para aprendizagem e adequação cultural que podem propiciar a promoção do conhecimento para a prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes.

As modificações na cartilha educativa ocorreram mediante os resultados da análise do IVC das páginas individualmente quanto aos critérios clareza de linguagem e pertinência prática, e da análise da adequação pelos itens de avaliação do instrumento SAM. Estes resultados aliados à avaliação das sugestões dos especialistas realizadas por meio do instrumento de validação adaptado de Gomes (2015), mediante a literatura pertinente, direcionaram as modificações incorporadas à cartilha educativa. Acredita-se que este processo de adaptação seja essencial à adequação do material ao propósito a que se destina. As alterações efetuadas ocorreram conforme novo contato com o profissional responsável pelo *design* gráfico.

Em relação à capa proposta, houve as seguintes sugestões realizadas cada uma por dois especialistas, sendo todas acatadas: ilustrar maior diversidade étnica e racial, realçar nas ilustrações as características físicas do público-alvo adolescente, e tornar mais compreensível a imagem que representa o *notebook*. Substituiu-se o *notebook* por um *tablet* tendo em vista tornar a imagem inteligível.

Um especialista afirmou que a imagem da capa não representa a temática, porém priorizou-se manter a ilustração por caracterizar a autonomia do adolescente na busca do conhecimento e ao redor a rede de apoio integrada pelos profissionais de saúde e da educação, e familiares. Apesar de dois especialistas terem sugerido tornar o título mais direcionado aos adolescentes, o título original foi mantido por contemplar o objetivo da cartilha educativa de promover o conhecimento como ferramenta essencial à prevenção. Um especialista recomendou o uso da fonte da letra mais moderna e chamativa no título, alteração realizada. A capa após as modificações está exposta na Figura 6 a seguir.

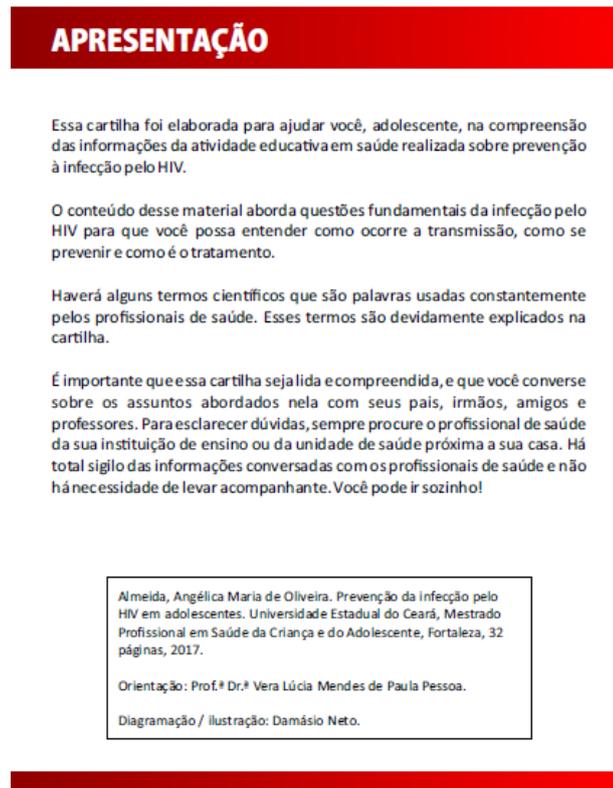
Figura 6 – Capa da cartilha educativa após as modificações



Fonte: Elaborada pela autora.

A apresentação proposta contou com algumas sugestões, todas acatadas. Foi indicado reduzir o texto e utilizar linguagem mais coloquial, cada sugestão realizada por dois juízes. A apresentação foi redigida, e a versão após as modificações está apresentada na Figura 7.

Figura 7 – Apresentação da cartilha educativa após as modificações



Fonte: Elaborada pela autora.

A alteração realizada na página 4 foi referente à recomendação de um especialista que indicou substituir “Têm os mesmos significados?” por “Estes termos têm os mesmos significados?”. Para a página 5, um especialista propôs repetir o título da página 4, todavia a sugestão não foi acatada tendo em vista a disposição lado a lado das páginas auxiliar na continuidade das informações. A mensagem do quadro “Fique atento!” foi questionada por dois especialistas; um relatou que a mensagem estava confusa e o outro recomendou verificar se a informação estava de acordo com a literatura científica. Entretanto, um terceiro juiz elogiou essa mensagem.

A definição de infecção oportunista pelo Ministério da Saúde compreende que são infecções causadas por micro-organismos não usualmente patogênicos (BRASIL, 2006), aproveitando-se do comprometimento do sistema imunológico (BRASIL, 2017a). Contudo, micro-organismos normalmente patogênicos também podem causar infecções oportunistas, gerando maior gravidade para serem consideradas oportunistas (BRASIL, 2006).

Em consonância, Kasper *et al.* (2016) reforça que embora os agentes causadores das infecções secundárias sejam micro-organismos oportunistas, ou seja, que normalmente não causam doenças em organismos com ausência de comprometimento imunológico, também podem ser agentes patogênicos comuns. Desta maneira, reformulou-se parcialmente a definição contida no quadro “Fique atento” para melhor entendimento.

Houve um especialista que recomendou inserir uma ilustração para cada parágrafo, porém não foi atendido em virtude da inviabilidade frente ao quantitativo de informação e da ilustração presente na página 4 fazer alusão às informações presentes na página 5. A versão após as modificações está exposta na Figura 8.

Figura 8 – Páginas 4 e 5 da cartilha educativa após as modificações

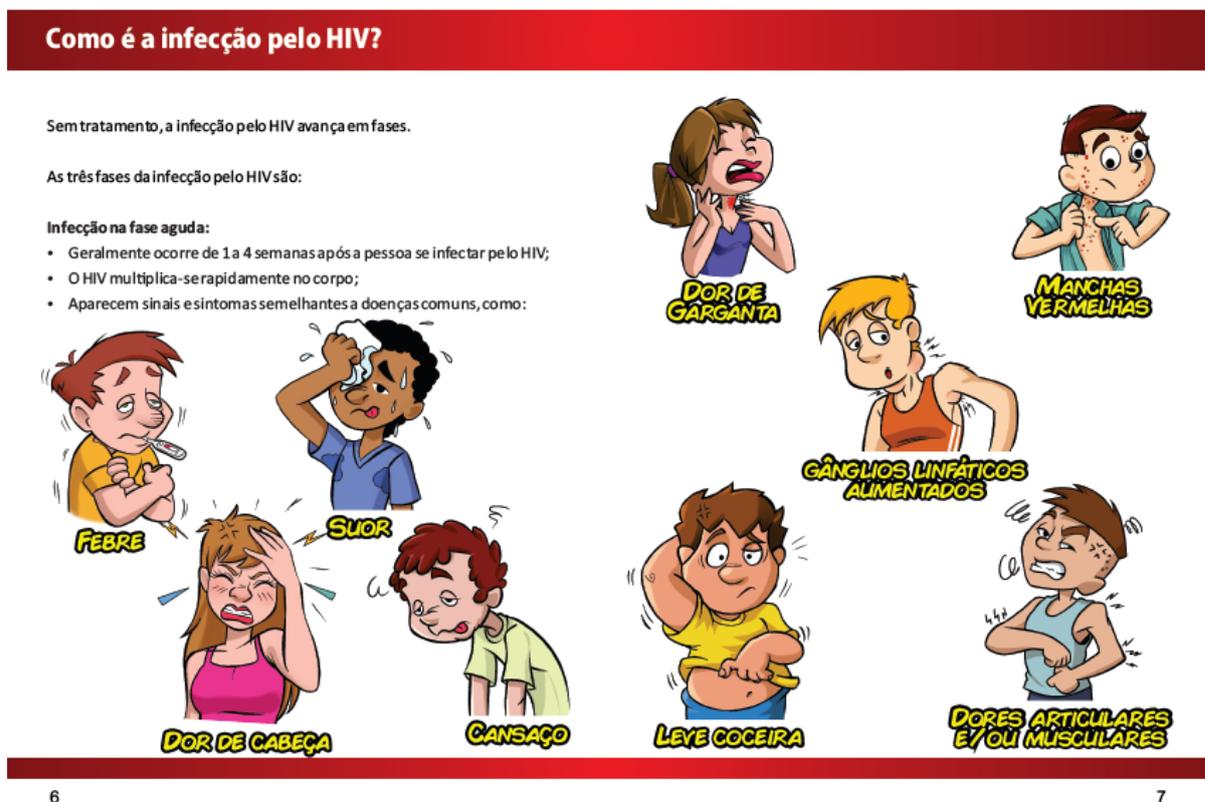


Fonte: Elaborada pela autora.

As sugestões incorporadas às páginas 6 e 7 foram retirar “aids” do título, manter nas ilustrações as características físicas do público-alvo adolescente, e reduzir a expressão de coceira da ilustração que representa “leve coceira”, cada sugestão realizada por um juiz, sendo todas acatadas. Um especialista recomendou

esclarecer o que são e onde ficam os gânglios linfáticos e as articulações acometidas. Esta sugestão não foi acatada tendo em vista que o incremento no volume de informações diferentes em uma mesma página pode dificultar o entendimento da mensagem principal, e as imagens de “gânglios linfáticos aumentados” e de “dores articulares e/ou musculares” ilustrarem os principais locais acometidos. Para facilitar a compreensão e complementar as informações, retiraram-se os quadros coloridos das imagens e adicionou-se a frase introdutória “Sem tratamento, a infecção pelo HIV avança em fases”, e os subtópicos da infecção na fase aguda “geralmente ocorre de 1 a 4 semanas após a pessoa se infectar pelo HIV”, “o HIV multiplica-se rapidamente no corpo” e “aparecem sinais e sintomas semelhantes a doenças comuns”. As páginas 6 e 7 após as modificações constam na Figura 9.

Figura 9 – Páginas 6 e 7 da cartilha educativa após as modificações

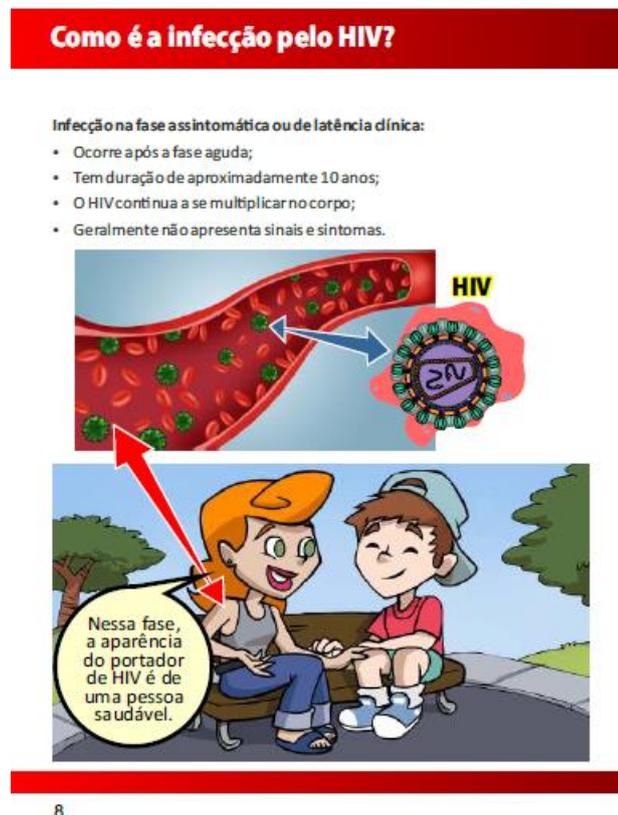


Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto à página 8, foram realizadas as seguintes modificações conforme sugestões dos especialistas acatadas: adicionou-se o título da página “Como é a

infecção pelo HIV?”, transformou-se o texto em subtópicos, modificou-se a ilustração que representa a corrente sanguínea de um portador de HIV na fase assintomática e, para facilitar a compreensão dessa ilustração, acrescentou-se uma caixa de texto ratificando a mensagem “Nessa fase, a aparência do portador de HIV é de uma pessoa saudável”. A página 8 está exposta na Figura 10.

Figura 10 – Página 8 da cartilha educativa após as modificações



8

Fonte: Elaborada pela autora.

Na página 9, as informações contidas foram reorganizadas em subtópicos mediante as recomendações dos especialistas e o subtópico “Fase final da infecção pelo HIV” foi adicionado. Na página 10, conforme o indicado pelos especialistas, as alterações contemplaram: substituição de “Para o seu conhecimento:” por “Conhecendo um pouco mais:”, e “Quer saber mais?” por “Para saber mais, acesse:”, e correção da grafia para “herpes simples”.

Um especialista sugeriu colocar o termo “aids” em letra maiúscula, porém optou-se por manter em minúsculo visto que o termo não apresenta grafia padrão, variando conforme a literatura, e em concordância ao modo como o Ministério da

Saúde o escreve em seus materiais. Outro especialista indicou manter as ilustrações com características de adolescentes, entretanto como a aids é a última fase da infecção pelo HIV, o adolescente que contrai HIV desenvolverá a aids provavelmente na fase adulta. Também foi proposto adicionar uma ilustração por infecção oportunista, falar brevemente e exemplificar cada infecção oportunista, entretanto não foi possível atender estas sugestões tendo em vista o quantitativo de informações que seriam adicionadas prejudicarem a compreensão da mensagem principal. As páginas 9 e 10 após as modificações estão na Figura 11.

Figura 11 – Páginas 9 e 10 da cartilha educativa após as modificações



Fonte: Elaborada pela autora.

As sugestões acatadas para as páginas 11, 12 e 13, representadas nas Figuras 12 e 13, foram enfatizar a segurança da hemotransfusão, repetir o título na impossibilidade do pareamento das páginas, modificar a cor vermelha da caixa de texto da página 13 por uma cor suave, e simplificar a linguagem, substituindo “Materiais potencialmente infectantes” por “Líquidos do corpo que podem ter quantidade de HIV para que ocorra transmissão”, “relação anal receptiva” por

“relação anal no papel passivo” e “úlceras” por “feridas”. Foi recomendado adicionar informação sobre janela imunológica, sendo esta sugestão incorporada à página 21 referente ao diagnóstico de HIV. Um especialista sugeriu reorganizar o conteúdo das páginas 11 e 12 em quadrinhos com as ilustrações representando cada tópico. Durante a elaboração destas páginas, houve dificuldade na definição das ilustrações, pois, na medida em que se objetivou dar continuidade ao aspecto ilustrado da cartilha educativa, deteve-se aos referenciais metodológicos (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003) que indicam a reprodução dos comportamentos desejáveis pelos recursos visuais.

Figura 12 – Páginas 11 e 12 da cartilha educativa após as modificações

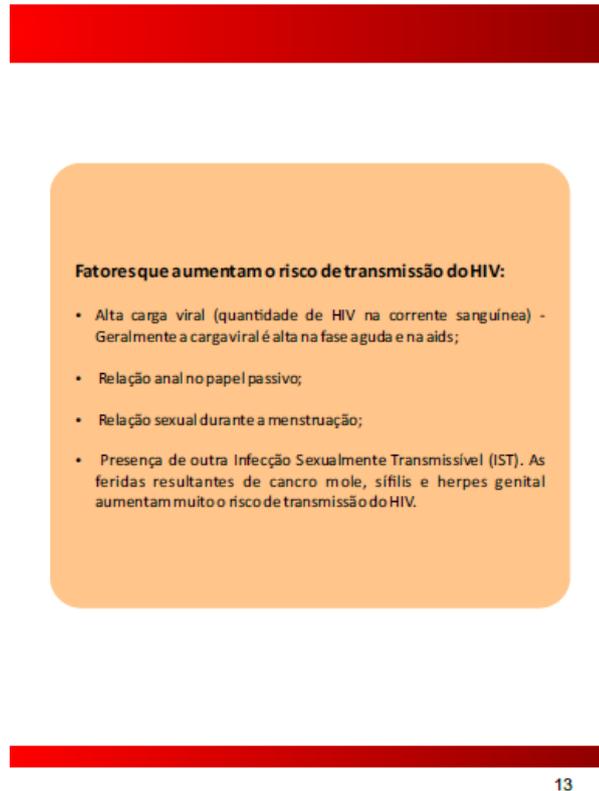
| Como se transmite o HIV? | Como se transmite o HIV? |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Relações sexuais sem preservativo (vaginal, anal ou oral) – heterossexual ou homossexual;  |  <ul style="list-style-type: none"> • Compartilhamento de instrumentos perfurantes e/ou cortantes contaminados (seringas, agulhas, lâmina de barbear, alicate, bisturi, escova de dente etc.); |
| <ul style="list-style-type: none"> • Transusão de sangue ou seus derivados contaminados;  <p>A transfusão de sangue no Brasil é BASTANTE SEGURA. Há rígido controle de qualidade para a não transmissão de agentes infecciosos, como o HIV.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Da mãe com HIV para o bebê durante gravidez, parto ou aleitamento materno. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Contato do sangue contaminado com cortes ou feridas;  <ul style="list-style-type: none"> • Contato do sangue contaminado com mucosas (olhos, boca, nariz); |  <p>PARA O SEU CONHECIMENTO <u>Líquidos do corpo que podem ter quantidade de HIV para que ocorra transmissão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangue, - Fluidos corporais com sangue visível, - Sêmen, - Secreção vaginal. |

11

12

Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 13 – Páginas 13 da cartilha educativa após as modificações



Fonte: Elaborada pela autora.

A página 14 não teve modificação. De acordo com as sugestões, a página 15 teve acrescentado uma caixa de texto com a mensagem "Você não precisa se afastar de seu amigo porque ele é portador do HIV!" com intuito de proporcionar o livre convívio social das pessoas com HIV/aids. Optou-se por retirar o quadro com os fluidos corporais que não transmitem o HIV, pois os líquidos que podem ter quantidade de HIV para que ocorra transmissão foram citados anteriormente. As páginas 14 e 15 estão na Figura 14.

Figura 14 – Páginas 14 e 15 da cartilha educativa após as modificações

Como não se transmite o HIV?

- Tosse, espirro ou pelo ar;
- Uso de piscina ou banheira;
- Uso de copos, talheres, pratos ou utensílios domésticos;
- Alimentos preparados por uma pessoa com HIV;
- Uso de vaso sanitário, cadeira e outros móveis;
- Beijo, abraço e aperto de mão.
- Picada de insetos ou outros animais;

Você não precisa se afastar de seu amigo porque ele é portador do HIV!

14 15

Fonte: Elaborada pela autora.

A página 16 teve o conteúdo reescrito para “Caso você tenha relação sexual... Usar corretamente preservativo em todas as relações sexuais” e “Preservativos, masculinos ou femininos, são as únicas barreiras comprovadamente efetivas contra o HIV e outras IST. Aprenda a usá-los corretamente desde a primeira relação sexual.”. Foi sugerido por um especialista incluir os métodos comportamentais fidelidade e castidade, assim, adicionaram-se os subtópicos “Não ter relação sexual” e “Ter apenas um parceiro sexual reduz o risco de você se infectar pelo HIV. Sempre use preservativo para garantir a proteção!”. Concernente ao compartilhamento de instrumentos perfurantes e/ou cortantes, um especialista indicou usar palavras comuns, como “seringa” e “agulha”, assim reformulou-se a frase para “Não compartilhar agulhas, seringas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes com outras pessoas”. Um especialista sugeriu adicionar ilustrações dos outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes, porém optou-se por manter apenas a seringa visto que é o instrumento compartilhado mais frequente entre usuários de drogas injetáveis. A imagem correspondente ilustra exatamente a

abertura da embalagem estéril da seringa em alusão ao uso de seringa em sua embalagem original não violada.

A ilustração da página 17 foi adaptada para manter as características físicas da gestante adolescente com HIV/aids em acompanhamento pelo profissional de saúde. Os especialistas sugeriram dar ênfase à importância de o tratamento ser realizado adequadamente pelas gestantes com HIV/aids e aos bancos de leite cadastrados no município serem uma opção para as mães com HIV/aids. Desta maneira, as sugestões foram incorporadas conforme exposto na Figura 15.

Figura 15 - Páginas 16 e 17 da cartilha educativa após as modificações

| Como prevenir a infecção pelo HIV? | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Não ter relação sexual; |  <p>• Gestantes com HIV/aids devem ser acompanhadas pelos profissionais de saúde durante a gestação, o parto e o pós-parto para prevenir a transmissão do HIV ao bebê.</p> <p>É importante que as gestantes com HIV/aids realizem o tratamento corretamente.</p> <p>A mãe com HIV/aids não deve amamentar a criança porque há o risco de transmissão. Deverá substituir o leite materno por fórmula infantil disponível gratuitamente pelo SUS ou pelos bancos de leite cadastrados no município.</p> |
| <p>Caso você tenha relação sexual...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar corretamente preservativo em todas as relações sexuais; | |
| <p>Preservativos, masculinos ou femininos, são as únicas barreiras comprovadamente efetivas contra o HIV e outras IST.</p> <p>Aprenda a usá-los corretamente desde a primeira relação sexual.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ter apenas um parceiro sexual reduz o risco de você se infectar pelo HIV. Sempre use preservativo para garantir a proteção! | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Não compartilhar agulhas, seringas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes com outras pessoas; | |
| 16 | 17 |

Fonte: Elaborada pela autora.

As páginas 18 e 19 foram mantidas, pois as sugestões dos especialistas não foram acatadas por indicarem incluir ilustrações e informações que já foram expostas conforme representado pela Figura 16.

Figura 16 - Páginas 18 e 19 da cartilha educativa

| Como usar o preservativo masculino? | Como usar o preservativo feminino? |
|--|--|
|  <ol style="list-style-type: none"> 1. Abra cuidadosamente a embalagem e retire o preservativo; 2. Quando o pênis estiver ereto, desenrole o preservativo até a base do pênis, apertando a ponta para retirar o ar; 3. Após a ejaculação, retire o preservativo com o pênis ainda ereto segurando o preservativo com atenção para que não haja vazamento de esperma; 4. Depois de usado, dê um nó e descarte no lixo. Use cada preservativo única vez. <p>Cuidados com o preservativo masculino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armazenar longe do calor, observando a integridade da embalagem e prazo de validade; • Abrir a embalagem com as mãos (não com os dentes ou tesoura); • Usar apenas lubrificantes de base aquosa (gel lubrificante), pois lubrificantes oleosos (vaselina ou óleos alimentares) danificam o látex, ocasionando ruptura do preservativo; • O gel lubrificante facilita o sexo anal e reduz as chances de lesão; • Em caso de ruptura, o preservativo deve ser substituído imediatamente; • Não use dois preservativos ao mesmo tempo (A fricção entre eles facilita a ruptura); • Atenção quanto ao tamanho do preservativo em relação ao pênis. |  <ol style="list-style-type: none"> 1. Aperte o anel menor móvel formando um "8"; 2. Introduza na vagina; 3. Com o dedo indicador, empurre o preservativo o mais profundo possível para alcançar o colo do útero. A argola fixa externa deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina. 4. Durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo. 5. Ao terminar a relação sexual, é necessário torcer a extremidade externa, para garantir que o esperma permaneça no interior do preservativo, e puxar delicadamente para fora. 6. Depois de usado, descarte no lixo. Use cada preservativo única vez. <p>Cuidados com o preservativo feminino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armazenar longe do calor, observando a integridade da embalagem e o prazo de validade; • Não usar juntamente com o preservativo masculino; • Ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação e retirado com tranquilidade após a relação sexual, de preferência antes de a mulher levantar, para evitar que o esperma escorra do interior do preservativo; • Já vem lubrificado; • Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável. |

Fonte: Elaborada pela autora.

Quase não houve alteração na página 20, sendo apenas os parágrafos reescritos para melhor compreensão das informações. As sugestões para a página 21 foram rever a ilustração do teste rápido com amostra de saliva, pois a figura proposta não representou adequadamente como o teste é realizado, e destacar o trecho “[...] faça o teste [...]”. A página 21 teve o conceito de janela imunológica inserido em decorrência da sugestão de um especialista para a página 13. As sugestões foram acatadas, de acordo com retratado na Figura 17.

Figura 17 – Páginas 20 e 21 da cartilha educativa após as modificações

| Como descobrir se a pessoa tem HIV? | |
|---|--|
| <p>Os exames laboratoriais e testes rápidos são realizados gratuitamente pelo SUS, nas unidades básicas de saúde e nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA.</p> <p>Os exames podem ser feitos de forma anônima. Há total sigilo dos profissionais de saúde.</p> <p>Os testes rápidos detectam anticorpos produzidos contra o HIV. Os resultados são obtidos em até 30 minutos. Utilizam como amostra sangue coletado na ponta do dedo ou saliva.</p> | <p>Teste rápido com amostra de saliva:</p>  <p>A pessoa que apresentar resultados reagentes em dois testes rápidos será encaminhada à consulta médica, na qual serão solicitados exames laboratoriais, como carga viral e contagem de CD4 (indica se as células de defesa estão diminuindo).</p> |
| <p>Teste rápido com amostra de sangue:</p>  | <p>Você sabe o que janela imunológica?</p> <p>Janela imunológica é o tempo entre a exposição ao HIV e a produção de anticorpos contra o HIV. Se o teste rápido for realizado durante a janela imunológica, poderá apresentar um falso resultado negativo. Portanto, por segurança, o teste deve ser repetido 90 dias após a possível exposição ao HIV.</p> <p>Se você passou por uma situação de risco, como sexo sem preservativo ou compartilhado de seringas, faça o teste!</p> <p>A infecção pelo HIV ainda não tem cura, mas tem tratamento bastante eficaz quando realizado adequadamente.</p> <p>Quanto mais cedo uma pessoa for diagnosticada e tratada, melhor estará a condição de seu sistema imunológico e melhor será sua qualidade de vida.</p> |
| 20 | 21 |

Fonte: Elaborada pela autora.

Não houve sugestões para as páginas 22, 23 e 24. Porém na página 23, acrescentou-se a frase “Mesmo se a relação sexual ocorrer entre duas pessoas com HIV, é necessário o uso de preservativo” com intuito de evidenciar a importância do uso do preservativo nas relações sexuais entre indivíduos com HIV para evitar infecção cruzada e transmissão de cepas virais resistentes (BRASIL, 2006). As páginas 22, 23 e 24 estão representadas na Figura 18.

Figura 18 – Páginas 22, 23 e 24 da cartilha educativa após as modificações

Como é o tratamento da pessoa com HIV?

Terapia antirretroviral (conhecida como coquetel)

Atua contra o HIV → Inibe a reprodução do vírus

↓

Retardando a evolução da infecção pelo HIV para a aids

Deve ser tomada conforme indicação médica.

Disponibilizada gratuitamente pelo SUS.

Oferecida a TODAS as pessoas com HIV.

Para um tratamento eficaz, a pessoa com HIV precisa:

- Ser acompanhada integralmente pela equipe de saúde;
- Ingerir a medicação no horário correto todos os dias, por toda a vida;
- Realizar exames de sangue periódicos (carga viral e contagem de CD4).



A terapia antirretroviral diminui a taxa de transmissão sexual do HIV, porém não elimina a possibilidade. Portanto, o uso de preservativos deve ser sempre incentivado.



Mesmo se a relação sexual ocorrer entre duas pessoas com HIV, é necessário o uso de preservativo.

😊

O TRATAMENTO REALIZADO DE FORMA ADEQUADA PERMITE QUE A PESSOA COM HIV LEVE UMA VIDA NORMAL.

😞

CASO O TRATAMENTO NÃO SEJA FEITO DE FORMA ADEQUADA, O HIV PODE DESENVOLVER RESISTÊNCIA AOS MEDICAMENTOS E A INFECÇÃO PELO HIV PODE PROGREDIR PARA A AIDS.

22

23

Podem ocorrer alguns desconfortos não desejáveis nas primeiras semanas do tratamento, como: falta de apetite, náusea, vômito, dor abdominal, diarreia, dor de cabeça, fraqueza, depressão, insônia, dor nos músculos e nas articulações, inflamação do fígado ou pâncreas.

A presença desses efeitos não significa necessariamente que o tratamento deva ser interrompido. Por isso, é importante procurar o médico, caso ocorra algum desconforto relacionado à terapia antirretroviral.

Para que a pessoa com HIV em tratamento tenha qualidade de vida também é necessário:



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

24

Fonte: Elaborada pela autora.

Os especialistas sugeriram para a página 25 algumas alterações textuais para facilitar a compreensão das informações e inclusão de imagem para seguimento do aspecto ilustrado do material. As sugestões foram incorporadas. Segue a Figura 19 referente à página 25.

Figura 19 – Página 25 da cartilha educativa após as modificações

O que fazer em caso de possível exposição ao HIV?

Caso ocorra com você possível situação de exposição ao HIV, como violência sexual, relação sexual sem preservativo ou com rompimento do preservativo, acidente com instrumentos perfurantes e/ou cortantes, procure imediatamente o serviço de saúde.

A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) reduz o risco de infecção pelo HIV através do uso de medicamentos antirretrovirais em situações de exposição ao vírus.

Deve ser iniciada o mais rápido possível - preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo em até 72 horas. Tem duração de 28 dias. Pessoa exposta deve ser acompanhada pela equipe de saúde.

Onde encontrar os serviços de saúde que realizam a PEP:
 Acesse: http://www.aids.gov.br/pep_ou

Disponibilizada gratuitamente pelo SUS.



A PEP não substitui o uso de preservativo. Os preservativos masculinos e femininos são ainda a principal maneira de prevenção ao HIV. Utilize-os em todas as relações sexuais.

25

Fonte: Elaborada pela autora.

Para as páginas 26 e 27, as sugestões contemplaram a inserção do título “Quais os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes com HIV?” e de ilustrações representando adolescentes pertencentes as várias raças e etnias em ambas as páginas. Um especialista referiu a pertinência do conteúdo, enquanto outro especialista indicou a irrelevância em mencionar a adolescência na temática em decorrência dos direitos sexuais e reprodutivos serem os mesmos de qualquer pessoa. Porém, manteve-se a menção visto que o objetivo foi esclarecer a igualdade dos direitos dos adolescentes com HIV perante aos demais. A Figura 20 expõe as páginas 26 e 27 da cartilha educativa.

Figura 20 – Páginas 26 e 27 da cartilha educativa após as modificações

Quais os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes com HIV?

Direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes com HIV/aids são os **mesmos** de qualquer adolescente.



Os serviços de saúde e de educação devem proporcionar aos adolescentes vivendo com HIV/aids vida sexual e reprodutiva plena e segura.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos dizem respeito a muitos aspectos da vida: o poder sobre o próprio corpo, a saúde, a liberdade para vivência da sexualidade, a maternidade e a paternidade.



Direitos sexuais:

- Vivenciar a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos;
- Vivenciar a sexualidade, independentemente do estado civil, idade ou condição física;
- Escolher o parceiro sexual sem discriminação e com liberdade e autonomia para expressar sua orientação sexual;
- Vivenciar a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção e com o respeito pleno pela integridade corporal do outro;
- Praticar a sexualidade independentemente de penetração;
- Praticar sexo seguro para prevenir a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e aids.

Direitos reprodutivos:

- Decidir sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência;
- Decidir, livre e conscientemente, se querem ou não ter filho, número de filhos, tempo entre um e outro, em qual momento de suas vidas;
- Participar com responsabilidades iguais na criação dos filhos;
- Ter acesso aos serviços de saúde pública de qualidade durante todas as etapas da vida;
- Ter acesso à adoção e ao tratamento da infertilidade;
- Ter acesso aos meios, informações e tecnologias reprodutivas cientificamente testadas e aceitas.

26

27

Fonte: Elaborada pela autora.

Adicionou-se uma ilustração do adolescente interessado anotando as dúvidas na página 28. E, na página 29, o texto foi adequado contemplando as sugestões dos especialistas, redefinindo para: “Prevenir é o melhor caminho! Procure sempre ler sobre o assunto, seja nos livros ou na internet (Acesse: <http://www.aids.gov.br/>). O conhecimento é a ferramenta mais importante para a prevenção do HIV!”. As páginas 28 e 29 estão na Figura 21.

5 CONCLUSÃO

Ao final da realização deste estudo, pode-se afirmar que os objetivos propostos foram alcançados por possibilitar a construção e a validação da cartilha educativa intitulada “Prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes” como subsídio as atividades educativas em saúde.

A busca na literatura científica acerca das produções científicas sobre tecnologias educacionais desenvolvidas para a prevenção de HIV/aids em adolescentes permitiu afirmarmos que, apesar do tema HIV ser bastante discutido com adolescentes, não foi encontrado material educativo válido para auxiliar às atividades educativas em saúde com vistas à prevenção do HIV em adolescentes, abordando conceitos básicos, terapêuticos, fases da infecção e, assim, na tentativa de elucidar a importância do conhecimento como principal ferramenta para a prevenção.

Os dados obtidos nas principais evidências científicas sobre o conhecimento dos adolescentes para prevenção da infecção pelo HIV permitiram declararmos que ainda há desconhecimento dos adolescentes quanto aos aspectos mínimos da infecção pelo HIV. Ainda que o conhecimento não seja suficiente para promover a mudança de comportamento, sabe-se que sua falta tem por consequência a prática de comportamentos de risco.

Esses dois levantamentos na literatura científica em conjunto com as publicações atualizadas do Ministério da Saúde compuseram o aporte teórico utilizado para a construção da cartilha educativa, possibilitando a aproximação teórica da autora às reais necessidades de conhecimento do público-alvo.

A cartilha educativa foi elaborada em linguagem de fácil entendimento com mensagens relevantes e associadas às ilustrações. Como a tecnologia educacional foi construída para subsidiar as atividades educativas em saúde, alguns termos técnicos foram utilizados, porém logo em seguida explicados. Os tópicos contemplados foram: o que é HIV/aids, como é a infecção pelo HIV e a aids, como se transmite o HIV, como não se transmite o HIV, como prevenir a infecção pelo HIV, como usar o preservativo masculino, como usar o preservativo feminino, como descobrir se a pessoa tem HIV, como é o tratamento da pessoa com HIV, o que fazer em caso de possível exposição ao HIV e quais os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes com HIV/aids.

A primeira versão da cartilha foi avaliada por 15 especialistas, sendo 9 docentes e 6 assistenciais com experiência em pelo menos duas das seguintes áreas de interesse: HIV, saúde do adolescente, estudos de validação e/ou tecnologias educativas.

A validação de conteúdo e aparência ocorreu a partir de dois critérios clareza de linguagem e pertinência prática. O IVC das páginas individualmente apontou quanto à clareza de linguagem valor menor do que 0,8 na capa, na apresentação e nas páginas 8, 13, 16 e 20. Já em relação à pertinência prática, todas as páginas obtiveram o valor de IVC maior que 0,8. O IVC de cada critério da cartilha educativa indicou no que diz respeito à clareza de linguagem o valor de 0,84 e à pertinência prática o valor de 0,93. O IVC global da cartilha educativa foi de 0,89.

A avaliação geral da cartilha educativa obtida pelo instrumento SAM revelou que o material foi considerado “superior” por apresentar percentual de 83,8%. A análise dos itens por especialista verificou que 86,7% dos especialistas classificaram o material como “superior” e 13,3% como “adequado”. A avaliação por categoria evidenciou que todas obtiveram percentual correspondente a “superior”.

Assim, conclui-se que a cartilha educativa construída apresentou conteúdo e aparência válidos, e é adequada ao público-alvo. Apesar disso, algumas modificações foram realizadas considerando as sugestões dos especialistas e a literatura pertinente, para que assim a cartilha cumpra integralmente o propósito a que se destina.

Acredita-se que a versão final da cartilha “Prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes”, válida e confiável, facilite as atividades educativas em saúde, de maneira que fortaleça a compreensão das informações, promovendo o desenvolvimento de competências que levem os adolescentes aos comportamentos necessários à prevenção do HIV.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E. S. de; PINHEIRO, M. A. L. N.; TORRES, E. A. F. S. Elaboração de um sistema de pontos para intervenções dietéticas em indivíduos hiperlipidêmicos. **Rev Bras Cardiol.**, v. 23, n. 5, p. 18-25, 2010.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, A. C. C. H. de; CENTA, M. de L.. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. 1, p. 71-76, jan./fev. 2009.
- ANGELIM, R. C. M. *et al.* Conhecimento de estudantes adolescentes acerca do HIV/Aids. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 1, p. 141-150, 2015.
- ANINANYA, G. A. *et al.* Effects of an adolescent sexual and reproductive health intervention on health service usage by young people in northern Ghana: a community-randomised trial. **PLoS One**, v. 10, n. 04, p. 1-16, apr. 2015.
- ANJOS, R. H. D. de *et al.* Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 829-837, 2012.
- APPIAH-AGYEKUM, N. N.; SUAPIM, R. H. Knowledge and awareness of HIV/AIDS among high school girls in Ghana. **HIV/AIDS – Research and Palliative Care**, v. 5, p. 137-144, 2013.
- ARAÚJO, A.; ROCHA, R. L.; ARMOND, L. C. O grupo de adolescentes na escola: a percepção dos participantes. **Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 207-212, abr./jun. 2008.
- ARAÚJO, T. M. *et al.* Abordagem grupal na prevenção da AIDS: análise do conhecimento de jovens de Fortaleza. **Rev Rene**, v. 11, n. 3, p. 77-85, jul./set. 2010.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p. 123-138, fev. 2003.
- BARBOSA, S. M. *et al.* Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12. n. 2, p. 337-341, 2010.

BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R. S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.13, n.4, p. 809-816, out./dez. 2009.

BARROS, A. A. **Modelo de cuidado de enfermagem para cuidadores de pessoas vítimas de acidente vascular cerebral**. 2016. 131 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

BARROS, E. J. L. *et al.* Gerontologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 95-101, jun. 2012.

BAZIN, G. R. *et al.* Terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: o que sabemos após 30 anos de epidemia. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 687-702, abr. 2014.

BENEVIDES, J.L. *et al.* Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p. 306-312, 2016.

BEZERRA, E. O. *et al.* Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 1121-1131, 2012.

BORNELLI, M. A. *et al.* Acidente vascular cerebral: importância do conhecimento para cuidadores após a alta hospitalar. **CuidArte enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 16-23, jan./jun. 2014.

BORGES, A. L. V.; NAKAMURA, E. Social norms of sexual initiation among adolescents and gender relations. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.1, p. 94-100, 2009.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 422-427, maio/jun. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação** [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Lei nº12984, de 02 de junho de 2014. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 104, 03 jun. 2014. Seção 1, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. CNE/CONEP. **Resolução n. 466/2012**. Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Glossário temático: ciência e tecnologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 197 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Aids**. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/aids>>. Acesso em: 04 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV e Aids**. Brasília, v. 4, n. 1, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV e Aids**. Brasília, v. 5, n. 1, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para a organização da rede de profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV – PEP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Guia para o cuidador domiciliar de pessoas que vivem com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 100 p. (Série Manuais; n. 79).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Infecções oportunistas**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/infecoes-oportunistas>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 85p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares: adolescências, juventudes e participação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 62 p. (Saúde e prevenção nas escolas, v. 2).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares: sexualidades e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 66 p. (Saúde e prevenção nas escolas, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **O manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: manual para profissionais médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 24p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 126p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Por que fazer o teste**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-fazer-o-teste-de-aids>>. Acesso em: 04 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 240p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 54 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 116p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Transmissão vertical do hiv e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 20p.

BRETAS, J. R. S. *et al.* Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, 2011.

_____. Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 6, p. 786-792, 2009.

_____. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n.3, p. 551-557, 2009.

BRITO, M. O.; DAVIS, M.; CHAKRABARTI, A. A cross-national study to compare the knowledge, attitudes, perceptions of sexually transmitted diseases and the sexual risk behaviors of Latino adolescents. **Int J Adolesc Med Health**, v. 26, n. 2, p. 203-208, 2014.

BURGENER, A.; MCGOWAN, I.; KLATT, N. R. HIV and mucosal barrier interactions: consequences for transmission and pathogenesis. **Current Opinion in Immunology.**, v. 36, p. 22-30, 2015.

CAI, Y. *et al.* Study of HIV/AIDS-related knowledge among junior high-school students in Shanghai, China. **International Journal of STD & AIDS**, v. 23, n. 3, p. 9-12, mar. 2012.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre a proteção contra o HIV. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007.

CAMILO, V. M. B. *et al.* Educação em Saúde sobre DST/Aids com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional como instrumento. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 21, n. 3, p. 124-128, 2009.

CASTRO, A. N. P. de; LIMA JÚNIOR, E.M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 13, n. 2, p.103-113, 2014.

CASTRO, E. L. *et al.* O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1975-1984, 2016.

CAVALCANTI, L. J. *et al.* Adolescentes em acolhimento provisório: uma análise investigativa sobre a vulnerabilidade ao HIV. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 2, p. 2516-2525, abr./jun. 2015.

CHAVES, A. C. P. *et al.* Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Rev Bras de Enferm.**, v. 67, n. 1, p. 48-53, jan./fev. 2014.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2008. 255 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12012009-154306/pt-br.php>>. Acesso em: 17 set. 2015.

COELHO, R. F. S. *et al.* Conhecimentos e crenças sobre as doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. **Revista de Patologia Tropical**, v. 40, n. 1, p. 56-66, jan./mar. 2011.

CORNELIUS, J. B. *et al.* Adolescents' perceptions of a mobile cell phone text messaging enhanced intervention and development of a mobile cell phone based HIV prevention intervention. **J Spec Pediatr Nurs.**, v. 17, n. 1, p. 61-69, jan. 2012.

_____. Text-messaging-enhanced HIV intervention for african american adolescents: a feasibility study. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 24, n. 3, p. 256–267, 2013.

COSTA, A. C. P. J. *et al.* Vulnerabilidade dos adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 179-186, 2013.

COSTA, P. B. *et al.* Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Rev Rene**, v. 14, n. 6, p. 1160-1167, 2013.

CUNHA, J. B. G. **Representações sociais sobre a Aids e a terapia antirretroviral: influencias no tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids**. 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2010.

DESSUNTI, E. M.; REIS, A. O. A. Fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/aids entre estudantes da área de saúde. **Rev latino-am enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 267-274, mar./abr. 2007.

DIAS, F. L. A. *et al.* Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-461, jul./set. 2010.

DÍAZ MONTES, C. E. *et al.* Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena – Colombia, 2011. **Hacia promoc. salud.**, v. 19, n. 2, p. 38-52, 2014.

DICLEMENTE, R.J. *et al.* Adoption and implementation of a computer-delivered HIV/STD risk-reduction intervention for african american adolescent females seeking services at county health departments: implementation optimization is urgently needed. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 63, n. 1, p. 1–10, june 2013.

DOAK, C.; DOAK, L.; ROOT, J. **Teaching patients with low literacy skills**. 2 ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996. 212 p.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, set./out. 2005.

ESCOBAR-CHAVES, S. L. *et al.* Cultural tailoring and feasibility assessment of a sexual health middle school curriculum: a pilot test in Puerto Rico. **Journal of School Health**, v. 81, n. 8, p. 477-484, aug. 2011.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses, proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: JB Lippincott; North American Nursing Diagnosis Association, 1994, p. 55-62.

_____. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, M. E. (ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the sixth conference**. St. Louis: Mosby, 1986. p.183-190.

FERRAZ, F. *et al.* Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 5, p. 607-610, set./out. 2005.

FERREIRA, C. M. S. **A epidemia de HIV/AIDS e os Direitos Humanos**. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS, 27., 2015, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015, 2p.

FERREIRA, M. P. *et al.* Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 42, p. 65-71, 2008. Suplemento 1.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 1, p.65-75, jan./fev. 2004.

_____. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 190-196, jan./mar. 2011.

FRANÇA, I.S.X. de *et al.* Conhecimento de mulheres com deficiência física sobre câncer mamário e autoexame: estratégia educativa. **Rev Rene**, v. 13, n. 4, p.766-774, 2012.

FREITAS, G. L. de *et al.* Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. **Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 461-468, out./dez. 2008.

FREITAS, L. V. **Avaliação de propostas educativas para a prevenção de DST/HIV em adolescentes: uso isolado e combinado de tecnologias**. 2014. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/9805>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

FUCHS, S. C.; PAIM, B. S. Revisão sistemática de estudos observacionais com metanálise. **Rev HCPA**, v. 30, n. 3, p. 294-301, 2010.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2006.

GAO, X. *et al.* Effectiveness of school-based education on HIV/AIDS knowledge, attitude, and behavior among secondary school students in Wuhan, China. **PLoS ONE**, v. 7, n. 9, sept. 2012.

GARCÍA-CORZO, J. R. *et al.* Knowledge on human immunodeficiency virus mechanisms of transmission among schoolchildren in the age range of 11 to 20 years old from poor districts of Bucaramanga, Colombia. **Arch. Argent. Pediatr.**, v. 114, n. 3, p. 209-215, 2016.

GARCIA, G. S. *et al.* A look at the factors of vulnerability of adolescents to HIV/AIDS. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 25, n. 4, p.177-182, 2013.

GOMES, A. L. A. **Tradução, adaptação e validação da escala self-efficacy and their child's level of asthma control: versão brasileira.** 2015. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

GOMES, A. M. T. *et al.* As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery**, v.16, n. 1, p. 111-120, 2012.

GONÇALVES, H. *et al.* Conhecimento sobre a transmissão de HIV/AIDS entre adolescentes com 11 anos de idade do Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 2, p. 420-431, 2013.

_____. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 25-41, jan./mar. 2015.

GRIPPO, M. L. V. S.; FRACOLLI, L. A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 3, p. 430-436, 2008.

GUBERT, F. A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p.165-72, 2009.

_____. Tradução e validação da escala Parent-adolescent Communication Scale: tecnologia para prevenção de DST/HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, 8 telas, jul./ago. 2013.

HEILBORN, M. L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. **Psic. Clin.**, v. 24, n. 1, p. 57-68, 2012.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.** 2010. 242f. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

JOVENTINO, E. S. *et al.* Jogo da memória como estratégia educativa para prevenção de enteroparasitoses: relato de experiência. **Rev Rene**, v. 10, n. 2, p. 141-148, 2009.

KASPER, D. L. *et al.* **Harrison's Principles of Internal Medicine**. 19. ed. New York: Mc Graw Hill, 2016.

KAWAGOE, J. *et al.* As dificuldades de adaptação do convívio social de pacientes portadores de HIV/AIDS. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 1, p. 1-7, 2012.

KLEIN, C. H.; CARD, J. J. Preliminary efficacy of a computer-delivered HIV prevention intervention for african american teenage females. **AIDS Education and Prevention**, v. 23, n. 6, p. 564–576, 2011.

KOURROUSKI, M. F.C.; LIMA, R. A. G. de. ADESÃO AO TRATAMENTO: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 6, nov./dez. 2009.

LIMA, M.A. de *et al.* Cartilha virtual sobre o autoexame ocular para apoio à prática do autocuidado para pessoas com HIV/aids. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 285-91, 2014.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUCIANA, R. M. *et al.* A lacuna entre o conhecimento sobre HIV/AIDS e comportamento sexual: um estudo de adolescentes de Vespasiano, Minas Gerais, Brasil. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, maio 2013.

LUNA, I. T. *et al.* Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/AIDS. **Ciencia y enfermeria**, v. 18, n. 1, p. 43-55. 2012.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nurs Rev.**, v. 35, n.6, p.382-385, 1986.

MALISKA, I. C. A. *et al.* Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Rev Gaúcha de Enferm**, v.30, n.1, p. 85-91, 2009.

MALTA, D. C. *et al.* Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, p. 147-156, 2011. Suplemento 1.

MARINHO, T. M. S. *et al.* Knowledge of HIV/AIDS prevention and factors associated with condom use among adolescents in northeast Brazil. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 58, n. 3, p. 220-225, 2012.

MARTINS, M. C. *et al.* Estratégia educativa com enfoque nos hábitos alimentares de crianças: alimentos regionais. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 463-469, jul./set. 2009.

MEDEIROS, R.K.S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. Série 4, n. 4, jan./mar. 2015.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice**. 2nd Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 3-24.

MELO, R .P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p. 424-31, abr./jun. 2011.

MENDES, K. D. M.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008.

MEYER, D. E. E. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MITCHELL, K. J. *et al.* Cell phone usage among adolescents in Uganda: acceptability for relaying health information. **Health Education Research**, v. 26, n. 5, p. 770–781, may 2011.

MOHER D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**, v. 6, n. 7, 2009. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MONTEIRO, S; VARGAS, E; CRUZ, M. Desenvolvimento e uso de tecnologias Educacionais no Contexto da AIDS e da Saúde Reprodutiva: Reflexões e Perspectivas. In: Monteiro S. Vargas E (Org.). **Educação, Comunicação e tecnologia educacional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.27-34

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações ONU-Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2523-2531, 2015.

_____. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 58, n. 1, p. 48-52, 2012.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L. de; SILVA, M. I. T. da. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 56, n. 2, p. 184-188, mar./abr. 2003.

MORGADO, A. P. P. S. F.; COUTINHO, E.C; DUARTE, J. C. As jovens e a contracepção de emergência: vivências da sexualidade. **Millenium**, v. 44, p. 141-169, 2013.

MORGAINÉ, K. C. *et al.* Design of an oral health information brochure for at-risk individuals. **Health Education Journal**, v.74, n.1, p. 60-73, 2015.

MOURA, L. R. *et al.* A lacuna entre o conhecimento sobre o HIV/AIDS e comportamento sexual: um estudo de adolescentes em Vespasiano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, maio 2013.

NADER, S. S. *et al.* Juventude e AIDS: conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas, RS. **Revista da AMRIGS**, v. 53, n. 4, p. 374-381, out./dez. 2009.

NASCIMENTO, J. C. do. **Avaliação de uma tecnologia educativa na promoção da saúde ocular de pessoas portadoras de HIV/AIDS**. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

NIETSCHÉ, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-353, maio/jun. 2005.

OLADEPO, O.; FAYEMI, M. M. Perceptions about sexual abstinence and knowledge of HIV/AIDS prevention among inschool adolescents in a western Nigerian city. **BMC Public Health**, v. 11, p. 1-10, 2011.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n. 4, p. 817-823, out./dez. 2009.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, nov./dez. 2004.

OLIVEIRA, M.S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa. 2006. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, S. C., LOPES, M. V. O., FERNANDES, A. F. C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p.611-620, jul./ ago. 2014.

OLIVEIRA, S. G.; RESSEL, L.B. Grupos de adolescentes na prática de enfermagem: um relato de experiência. **Cienc Cuid Saúde**, v. 9, n. 1, p. 144-148, jan./mar. 2010.

OLIVEIRA, T. C.; CARVALHO, L. P.; SILVA, M. A. da. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 3, p. 306-311, maio/jun. 2008.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UnB, 1997.

_____. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669 p.

REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K.; GOMES, A.L.Z. O processo de construção de material educativo para promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1 - 8, jan./fev., 2012.

REIS, A. A. S. *et al.* Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1055-1060, 2010. Suplemento 1.

REIS, M. *et al.* Information and attitudes about HIV/AIDS in portuguese adolescents: State of art and changes in a four year period. **Psicotherma**, v.23, n. 2, p. 260-266, 2011.

_____. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 365-375, jul./set. 2011.

ROCHA, P. K. *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-6, jan./fev. 2008.

RODRIGUES, J.A. *et al.* Fatores contribuintes da vulnerabilidade individual dos jovens ao HIV. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 141-148, 2016.

RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, M. A.; ARREDONDO-HOLGUIN, E.; CORTÉS-HERRERA, R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 1- 11, mar./abr. 2012.

ROTHMAN, K.J.; GREENLARD, S.; LASH, T. L. **Epidemiologia Moderna**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 887p.

SABINO, L.M.M. de. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação**. 2016. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

SANTIADO, J. C. S. **Criação e validação de uma cartilha educativa sobre excesso ponderal para o adulto com hipertensão**. 2016. 162 f. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

SILVA, G. R. F.; CARDOSO, M. V. L. M L. Percepção de mães sobre um manual educativo sobre estimulação visual da criança. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 847-857, 2009.

SILVA, K. L. da. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da violência sexual na adolescência**. 2015. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SILVA, R. A. R. da *et al.* Conhecimento de estudantes adolescentes sobre transmissão, prevenção e comportamentos de risco em relação as DST/HIV/AIDS. **Rev Fund Care Online**, v. 8, n. 4, p. 5054-5061, out./dez. 2016.

SOARES, C. B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.

SOUSA, A. I. A. de; PINTO JÚNIOR, V. L. Carga viral comunitária do HIV no Brasil, 2007 – 2011: potencial impacto da terapia antirretroviral (HAART) na redução de novas infecções. **Rev bras epidemiol**, v. 19, n. 3, p. 582-593, jul./set. 2016.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R.N.T.; POVEDA, V.B. Tradução e validação do instrumento "Suitability Assessment of Materials" (SAM) para o português. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n.5, p. 7854-761, maio 2015.

SOUZA, A. C. C. **Construção e validação de tecnologia educacional como subsídio à ação do enfermeiro na promoção da qualidade de vida e adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão**. 2015.178 f. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-6, 2010.

STANTON, B. *et al.* Assessing the effects of a complementary parent intervention and prior exposure to a preadolescent program of HIV risk reduction for mid-adolescents. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 3, p. 575-583, mar. 2015.

SYCHAREUN, V. *et al.* Risk perceptions of STIs/HIV and sexual risk behaviours among sexually experienced adolescents in the Northern part of Lao PDR. **BMC Public Health**, v. 13, p. 1-13, 2013.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n.4/5, p. 324-329, 2015.

_____. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo masculino: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2193-2200, 2015.

THANAVANH, B. *et al.* Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People's Democratic Republic. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, p. 1-7, 2013.

THIENGO, M. A. *et al.* Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 68-76, 2005.

TOLEDO, M. M.; TAKAHASHI, R. F.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C. Elementos da vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 2, p. 370-375, mar./abr. 2011.

UDELL, W.; DONENBERG, G. Remembering the basics: african american youth and HIV knowledge - brief report. **Summer**, v. 107, n. 3, p. 20-24, 2015.

VAL, L. F. do *et al.* Estudantes do ensino médio e o conhecimento em HIV/aids: que mudou em dez anos? **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p.702-708, 2013.

VIANNA, H. M. **Testes em educação**. São Paulo: IBRASA, 1982.

VIEIRA, R.H.G.; ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.M. de. Vacinação contra influenza: construção de um instrumento educativo para maior adesão dos profissionais de enfermagem. **Rev Bras Queimaduras**, v. 13, n. 2, p. 103-113, 2014.

VILELAS JANEIRO, J. M.S. Educar sexualmente os adolescentes: uma finalidade da família e da escola? **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 382-90, set. 2008.

YBARRA, M. L. *et al.* Acceptability and feasibility of CyberSenga, an Internet-based HIV prevention program for adolescents in Mbarara, Uganda. **AIDS Care**, v. 26, n. 4, p. 441-447, apr 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021**. July, 2016, 60p. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE B – Termo do consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado por Angélica Maria de Oliveira Almeida, mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), a participar da pesquisa intitulada “**Construção e validação de tecnologia educativa para prevenção de HIV em adolescentes**” que tem como objetivo construir e validar cartilha educativa para subsidiar as práticas de educação em saúde sobre prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes, de maneira que fortaleça a compreensão das informações transmitidas, para somente após a cartilha ser disponibilizada ao público-alvo.

Buscou-se seguir as recomendações para linguagem e ilustrações de fácil compreensão, porém optou-se por acrescentar alguns termos técnicos, como linfócitos T CD4+, infecções oportunistas, carga viral e contagem de CD4. Esses termos foram devidamente explicados na cartilha, devendo ser esclarecidos pelos facilitadores durante as estratégias educativas. Acredita-se que a inclusão dos termos seja relevante à compreensão geral do mecanismo viral e, com isso, o entendimento de como se configura a infecção pelo HIV e a aids, meios de transmissão, formas de prevenção e importância do tratamento da pessoa com HIV. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Como o estudo objetiva validar o conteúdo e a aparência, e avaliar a adequação ao público-alvo da cartilha educativa, preciso submeter à avaliação por dois grupos de especialistas docentes e assistenciais com experiência nas áreas: HIV, saúde do adolescente, estudos de validação, tecnologias educativas. Os especialistas foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado um destes que satisfazem aos requisitos para participação.

Logo, agradecemos a sua concordância em participar do estudo na condição de juiz de conteúdo e de aparência. O senhor deverá analisar a cartilha educativa enviada e responder aos questionários de: validação de conteúdo e de aparência conforme os aspectos clareza de linguagem e pertinência prática, avaliação da adequação ao público-alvo por meio dos aspectos conteúdo, linguagem, ilustração, motivação e adequação cultural, e caracterização dos especialistas.

Para cumprir o cronograma, solicito se possível o retorno dos materiais listados acima e o termo de consentimento livre e esclarecido assinado no prazo de **10 dias**. A participação é livre e voluntária. Dou-lhe a garantia de que as informações fornecidas serão usadas apenas para realização do estudo, sendo preservado total sigilo de identificação dos participantes. Asseguro que a qualquer momento os participantes poderão receber esclarecimentos relacionados ao estudo e terão liberdade para não participarem quando não acharem conveniente. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. A probabilidade da ocorrência de evento desfavorável durante o estudo será mínima, levando em consideração o sigilo de identificação dos participantes e as informações fornecidas serão utilizadas apenas no âmbito da pesquisa. Os benefícios compreendem a criação de uma cartilha educativa válida que subsidiará as práticas de educação em saúde sobre prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes.

Em caso de dúvidas, contate a responsável pela pesquisa: Angélica Maria de Oliveira Almeida, através do telefone (85) 9.8786.6067 ou do e-mail angelica.almeida@hotmail.com.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará situado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – *Campus* do Itaperi – Fortaleza/CE. Telefone: (85) 3101.9890. E-mail: cep@uece.br. Se tiver alguma dúvida, você também pode entrar em contato com CEP/UECE.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO: O abaixo assinado, _____ (nome completo), RG _____, declaro que após esclarecido (a) pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar da pesquisa intitulada “**Construção e validação de tecnologia educativa para prevenção de HIV em adolescentes**”.

_____, _____, ____ de _____ de 2016.
Angélica Maria de Oliveira Almeida

_____, _____, ____ de _____ de 2016.
Assinatura do participante

APÊNDICE C – Questionário de caracterização dos especialistas. Adaptado de Oliveira (2006).

Cartilha educativa “Prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes”

1. Nome do avaliador : _____
2. Profissão: _____
3. Tempo de formação (em anos): _____
4. Área de trabalho: _____
5. Função/Cargo na instituição de trabalho: _____
6. Tempo de trabalho na área (em anos): _____
7. Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor
Especificar: _____
Tema do trabalho de conclusão (monografia/ dissertação/ tese):
Especificar: _____
8. Publicação de pesquisa envolvendo a temática:
() HIV
() Saúde do adolescente
() Estudos de validação
() Tecnologias educativas
() Outros. Especificar: _____

APÊNDICE D - Instrumento de validação pelos especialistas docentes e assistenciais. Adaptado de Gomes (2015).

INSTRUÇÕES

Caros juízes, a avaliação da cartilha é feita mediante escala de *Likert*. O resultado mostrará a equivalência de conteúdo textual e ilustrativo. Nesse momento os textos e as figuras serão avaliados em dois critérios: clareza de linguagem e pertinência prática (PASQUALI, 2010).

Para respostas seguras segue instruções quanto aos critérios:

Clareza de linguagem: Considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características do público-alvo. O(A) senhor (a) acredita que a linguagem de cada texto e ilustração é suficientemente clara, compreensível e adequada para o público-alvo? Em que nível?

Pertinência prática: Analisa se cada item possui importância para a cartilha. O(A) senhor (a) acredita que os textos e as ilustrações propostos são pertinentes para o público-alvo? Em que nível?

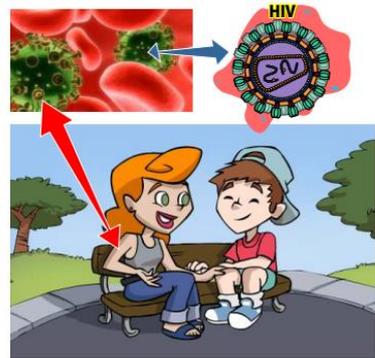
Os critérios clareza de linguagem e pertinência prática serão avaliados segundo grau de concordância, de forma que:

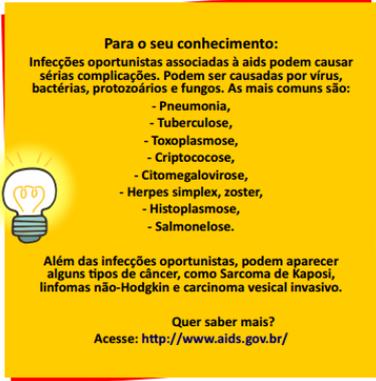
- 1 representa “**pouquíssima**”,
- 2 representa “**pouca**”,
- 3 representa “**média**”,
- 4 representa “**muita**”,
- 5 representa “**muitíssima**”.

Por favor, leia atentamente a cartilha educativa “Prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes” e assinale apenas uma opção (1, 2, 3, 4 ou 5) para cada critério analisado. Solicito, encarecidamente, que responda aos dois critérios de todos os itens. Sua participação é de grande relevância ao estudo.

| <p>TEXTOS E ILUSTRAÇÕES</p> | <p>CLAREZA DE LINGUAGEM</p> <p>Os textos e as ilustrações possuem linguagem clara, compreensível e adequada para o público-alvo?</p> | <p>PERTINÊNCIA PRÁTICA</p> <p>Os textos e as ilustrações possuem importância para a cartilha educativa?</p> | <p>SUGESTÕES</p> |
|--|---|--|-------------------------|
|  | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |
| <p>APRESENTAÇÃO</p> <p>Essa cartilha foi elaborada com intuito de ajudar você, adolescente, na compreensão das informações abordadas durante atividade de educação em saúde sobre prevenção à infecção pelo HIV.</p> <p>O conteúdo desse material abordará questões fundamentais à infecção pelo HIV de maneira que permita melhor entendimento de como ocorre a transmissão, como se prevenir e qual a importância do tratamento.</p> <p>Haverá alguns termos científicos, ou seja, palavras usadas constantemente pelos profissionais de saúde. Esses termos são devidamente explicados na cartilha. Acreditamos que seja necessário conhecer o significado dessas palavras para podermos entender o que dizem os profissionais de saúde e, assim, formular uma compreensão geral essencial à prevenção.</p> <p>É importante que seja lida e relida e que você converse sobre os assuntos abordados com seus pais, irmãos, amigos e professores. Caso tenha alguma dúvida, procure o profissional de saúde da sua instituição de ensino ou da unidade de saúde próxima a sua casa. Lembre-se que há total sigilo das informações conversadas com os profissionais de saúde e não há necessidade de levar acompanhante. Você pode ir sozinho!</p> <p>Ao final desse material, tem as referências que foram utilizadas para a construção da cartilha. Se você quiser saber mais e aprofundar o assunto, você poderá encontrá-las na internet.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Almeida, Angélica Maria de Oliveira. Prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes. Universidade Estadual do Ceará, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 32 páginas, 2016.</p> <p>Orientação: Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia Mendes de Paule Pessoa.</p> <p>Diagramação / Ilustração: Damásio Neto.</p> </div> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>O que é HIV/aids?</p>  <p>4</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |
| <p>HIV significa, em português, Vírus da Imunodeficiência Humana. Após se infectar pelo HIV, uma pessoa pode permanecer durante anos com o vírus no organismo sem apresentar nenhum sintoma. Nesse caso, dizemos que a pessoa é portadora do HIV.</p> <p>O HIV tem como alvo o sistema imunológico (principalmente linfócitos T CD4+), responsável pela defesa do organismo contra doenças.</p> <p>Assim, ocorre perda da capacidade do organismo de se defender, começam a aparecer sinais e sintomas relacionados à presença de infecções oportunistas, e surge a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, chamada de aids ou sída.</p> <p>A pessoa pode estar infectada pelo HIV e não estar com aids.</p> <p>A aids é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV.</p>  <p>FIQUE ATENTO! Infecções oportunistas: Causadas por microorganismos que não são capazes de desencadear doenças graves em pessoas com o sistema imunológico normal.</p> <p>5</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |
| <p>Como é a infecção pelo HIV e a aids?</p> <p>Infecção na fase aguda (de 0 a 4 semanas)</p> <p>Sinais e sintomas inespecíficos, como:</p>  <p>6</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |

| | | | |
|--|---|---|--|
|  <p style="text-align: center;">7</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 Muitíssima</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 Muitíssima</p> | |
| <p>Fase assintomática ou de latência clínica (média de 8 a 10 anos):</p> <p>Ocorre após a fase aguda. Geralmente não apresenta sinais e sintomas. O HIV continua se multiplicando normalmente no organismo.</p>  <p style="text-align: center;">8</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 Muitíssima</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 Muitíssima</p> | |
| <p>Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids):</p> <p>Alto enfraquecimento do sistema imunológico, tornando o organismo bastante debilitado e vulnerável às infecções oportunistas.</p> <p>Os sinais e sintomas variam de acordo com o microorganismo causador da infecção oportunista e podem incluir febre, falta de apetite, diarreia, emagrecimento, fadiga não habitual, suor noturno, queda de cabelo, entre outros.</p>  <p style="text-align: center;">9</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 Muitíssima</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 Muitíssima</p> | |

| | | | |
|--|---|---|--|
|  <p>Para o seu conhecimento: Infecções oportunistas associadas à aids podem causar sérias complicações. Podem ser causadas por vírus, bactérias, protozoários e fungos. As mais comuns são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumonia, - Tuberculose, - Toxoplasmose, - Criptococose, - Citomegalovirose, - Herpes simplex, zoster, - Histoplasmose, - Salmonelose. <p>Além das infecções oportunistas, podem aparecer alguns tipos de câncer, como Sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin e carcinoma vesical invasivo.</p> <p>Quer saber mais? Acesse: http://www.aids.gov.br/</p> <p>10</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |
|  <p>Como se transmite o HIV?</p> <p>Relações sexuais sem preservativo (vaginal, anal ou oral) – heterossexual ou homossexual;</p> <p>Transfusão de sangue ou seus derivados contaminados; A transfusão de sangue tem um rígido controle de qualidade no Brasil, com o objetivo de se evitar a transmissão de agentes infecciosos, como o HIV.</p> <p>Contato do sangue contaminado com cortes ou feridas;</p> <p>Contato do sangue contaminado com mucosas (olhos, boca, nariz);</p> <p>11</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |
|  <p>Compartilhamento de instrumentos perfurantes e/ou cortantes contaminados (seringas, agulhas, lâmina de barbear, alicate, bisturi, escova de dente etc.);</p> <p>Da mãe para o bebê durante gravidez, parto ou aleitamento materno quando não é realizado o tratamento adequado.</p> <p>PARA O SEU CONHECIMENTO Materiais potencialmente infectantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangue, - Fluidos corporais com sangue visível, - Sêmen, - Secreção vaginal. <p>12</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>Fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alta carga viral (quantidade de HIV na corrente sanguínea) – Geralmente presente durante a infecção na fase aguda e na imunodeficiência avançada); Relação anal receptiva; Relação sexual durante a menstruação; Presença de outra Infecção Sexualmente Transmissível (IST). As úlceras resultantes de cancro mole, sífilis e herpes genital aumentam muito o risco de transmissão do HIV. <p>13</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |
| <p>Como não se transmite o HIV?</p> <p>Tosse, espirro ou pelo ar;</p> <p>Uso de copos, talheres, pratos ou utensílios domésticos;</p> <p>Uso de vaso sanitário, cadeira e outros móveis;</p> <p>Picada de insetos ou outros animais;</p> <p>14</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |
| <p>Uso de piscina ou banheira;</p> <p>Alimentos preparados por uma pessoa com HIV;</p> <p>Beijo, abraço e aperto de mão;</p> <p>Contato com fezes, urina, saliva, suor, secreção nasal, lágrimas, vômitos (sem sangue visível).</p> <p>15</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>Como prevenir a infecção pelo HIV?</p> <p>Usar preservativo em todas as relações sexuais (vaginal, anal ou oral) – heterossexual ou homossexual;</p> <p>Preservativos, masculinos ou femininos, são as únicas barreiras comprovadamente efetivas contra o HIV e outras IST. Devem ser usados de forma correta e sistemática.</p> <p>Não compartilhar instrumentos perfurantes e/ou cortantes com outras pessoas;</p> <p>16</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |
| <p>Gestantes com HIV/aids devem ser acompanhadas pelos profissionais de saúde durante a gestação, o parto e o pós-parto para prevenir a transmissão do HIV ao bebê.</p> <p>A mãe que tem o vírus não deve amamentar a criança porque há o risco de transmissão. São orientadas a substituir o leite materno por fórmula infantil disponível gratuitamente pelo SUS.</p> <p>17</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |
| <p>Como usar o preservativo masculino?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abra cuidadosamente a embalagem e retire o preservativo; 2. Quando o pênis estiver ereto, desenrole o preservativo até a base do pênis, apertando a ponta para retirar o ar; 3. Após a ejaculação, retire o preservativo com o pênis ainda ereto segurando o preservativo com atenção para que não haja vazamento de esperma; 4. Depois de usado, dê um nó e descarte no lixo. Use cada preservativo única vez. <p>Cuidados com o preservativo masculino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armazenar longe do calor, observando a integridade da embalagem e prazo de validade; • Abrir a embalagem com as mãos (não com os dentes ou tesoura); • Usar apenas lubrificantes de base aquosa (gel lubrificante), pois lubrificantes oleosos (vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, ocasionando ruptura do preservativo; • O gel lubrificante facilita o sexo anal e reduz as chances de lesão; • Em caso de ruptura, o preservativo deve ser substituído imediatamente; • Não use dois preservativos ao mesmo tempo (A fricção entre eles facilita a ruptura); • Atenção quanto ao tamanho do preservativo em relação ao pênis. <p>18</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima 2 Pouca 3 Média 4 Muita 5 MUITÍSSIMA</p> | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p style="text-align: center;">Como usar o preservativo feminino?</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Aperte o anel menor móvel formando um "8"; 2. Introduza na vagina; 3. Com o dedo indicado, empurre o preservativo o mais profundo possível para alcançar o colo do útero. A argola fixa externa deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina. 4. Durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo. 5. Ao terminar a relação sexual, é necessário torcer a extremidade externa, para garantir que o esperma permaneça no interior do preservativo, e puxar delicadamente para fora. 6. Depois de usado, descarte no lixo. Use cada preservativo única vez. <p>Cuidados com o preservativo feminino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armazene longe do calor, observando a integridade da embalagem e o prazo de validade; • Não usar juntamente com o preservativo masculino; • Ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação e retirado com tranquilidade após a relação sexual, de preferência antes de a mulher levantar, para evitar que o esperma escorra do interior do preservativo; • Já vem lubrificado; • Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável. <p style="text-align: right;">19</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | |
| <p style="text-align: center;">Como descobrir se a pessoa tem HIV?</p> <p>No Brasil, há exames laboratoriais e testes rápidos que são realizados gratuitamente pelo SUS, nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA.</p> <p>Os exames podem ser feitos de forma anônima. Há total sigilo por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>Os testes rápidos detectam anticorpos produzidos contra o HIV. Podem ser realizados em até 30 minutos. Utilizam como amostra sangue coletado na ponta do dedo ou saliva.</p> <p>Teste rápido com amostra de sangue:</p>  <p style="text-align: right;">20</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | |
| <p>Teste rápido com amostra de saliva:</p>  <p>A pessoa que apresentar resultados reagentes em dois testes rápidos será encaminhada à consulta médica, na qual serão solicitados exames laboratoriais, como carga viral e contagem de CD4 (indica se as células de defesa estão diminuindo).</p> <p>Se você passou por uma situação de risco, como sexo sem preservativo ou compartilhado seringas, faça o teste!</p> <p>A infecção pelo HIV ainda não tem cura, mas tem tratamento bastante eficaz quando realizado adequadamente.</p> <p>Quanto mais cedo uma pessoa for diagnosticada e tratada, melhor estará a condição de seu sistema imunológico e melhor será sua qualidade de vida.</p> <p style="text-align: right;">21</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Como é o tratamento da pessoa com HIV?</p> <p>Terapia antirretroviral (conhecida como coquetel)</p> <p>Atua contra o HIV → Inibe a reprodução do vírus</p> <p>↓</p> <p>Retardando a evolução da infecção pelo HIV para a aids</p> <p>Deve ser tomada conforme indicação médica. Disponibilizada gratuitamente pelo SUS. Oferecida a TODAS as pessoas com HIV.</p> <p>Para um tratamento eficaz, a pessoa com HIV precisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser acompanhada integralmente pela equipe de saúde; - Ingerir a medicação no horário correto todos os dias, por toda a vida; - Realizar exames de sangue periódicos (carga viral e contagem de CD4).  <p>22</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 MUITÍSSIMA</p> | |
| <p>A terapia antirretroviral diminui a taxa de transmissão sexual do HIV, porém não elimina a possibilidade. Portanto, o uso de preservativos deve ser sempre incentivado.</p>  <p>23</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 MUITÍSSIMA</p> | |
| <p>Podem ocorrer alguns desconfortos não desejáveis nas primeiras semanas do tratamento, como: falta de apetite, náusea, vômito, dor abdominal, diarreia, dor de cabeça, fraqueza, depressão, insônia, dor nos músculos e nas articulações, inflamação do fígado ou pâncreas.</p> <p>A presença desses efeitos não significa necessariamente que o tratamento deva ser interrompido. Por isso, é importante procurar o médico, caso ocorra algum desconforto relacionado à terapia antirretroviral.</p> <p>Para que a pessoa com HIV em tratamento tenha qualidade de vida também é necessário:</p>  <p>24</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 MUITÍSSIMA</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 MUITÍSSIMA</p> | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p style="text-align: center;">O que fazer em caso de possível exposição ao HIV?</p> <p>Caso ocorra possível situação de exposição ao HIV, como violência sexual, relação sexual desprotegida ou com rompimento do preservativo, acidente com instrumentos perfurantes e/ou cortantes, procure imediatamente o serviço de saúde.</p> <p>Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP): Reduz o risco de infecção pelo HIV através do uso de medicamentos antirretrovirais em situações de exposição ao vírus.</p> <p>Deve ser iniciada o mais rápido possível - preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo em até 72 horas. Tem duração de 28 dias. A pessoa exposta deve ser acompanhada pela equipe de saúde.</p> <p>Onde encontrar os serviços de saúde que realizam a PEP: Acesso: http://www.aids.gov.br/pep_oude</p> <p>Disponibilizada gratuitamente pelo SUS.</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;"> <p>A PEP não substitui o uso de preservativo. Os preservativos masculinos e femininos são ainda a principal maneira de prevenção ao HIV. Utilize-os em todas as relações sexuais.</p> </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">25</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | |
| <p style="text-align: center;">Direitos sexuais e reprodutivos</p> <p>Direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes com HIV/aids são os mesmos de qualquer adolescente.</p>  <p>Os serviços de saúde e de educação devem proporcionar aos adolescentes vivendo com HIV/aids vida sexual e reprodutiva plena e segura.</p> <p>Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos dizem respeito a muitos aspectos da vida: o poder sobre o próprio corpo, a saúde, a liberdade para vivência da sexualidade, a maternidade e a paternidade.</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">26</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | |
| <p style="text-align: center;">Direitos sexuais e reprodutivos</p> <p>Direitos sexuais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivenciar a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos; • Vivenciar a sexualidade, independentemente do estado civil, idade ou condição física; • Escolher o parceiro sexual sem discriminação e com liberdade e autonomia para expressar sua orientação sexual; • Vivenciar a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção e com o respeito pleno pela integridade corporal do outro; • Praticar a sexualidade independentemente de penetração; • Praticar sexo seguro para prevenir a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e aids. <p>Direitos reprodutivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decidir sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência; • Decidir, livre e conscientemente, se querem ou não ter filho, número de filhos, tempo entre um e outro, em qual momento de suas vidas; • Participar com responsabilidades iguais na criação dos filhos; • Ter acesso aos serviços de saúde pública de qualidade durante todas as etapas da vida; • De adoção e tratamento da infertilidade; • De acesso aos meios, informações e tecnologias reprodutivas cientificamente testadas e aceitas. <p style="text-align: right; font-size: small;">27</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | <p>1 Pouquíssima</p> <p>2 Pouca</p> <p>3 Média</p> <p>4 Muita</p> <p>5 Muitíssima</p> | |

APÊNDICE E – Instrumento de avaliação da adequação ao público-alvo. Adaptação do Suitability Assessment of Materials (SAM) (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Material a ser avaliado: **Cartilha educativa “Prevenção da infecção pelo HIV em adolescentes”**

Este instrumento permite avaliar a adequação do material educativo ao público-alvo através dos seguintes fatores: conteúdo, linguagem, ilustrações gráficas, estimulação / motivação para aprendizagem e adequação cultural.

Por favor, leia atentamente a cartilha educativa. Em seguida, analise e pontue de 0 a 2 cada fator relacionado abaixo, da seguinte maneira:

0 – inadequado, **1** – parcialmente adequado, **2** – adequado.

A avaliação é bastante importante para a versão final da cartilha. Logo, expresse sua opinião sobre cada critério relacionado abaixo, respondendo a todos os itens.

| 1. Conteúdo | Pontuação | | |
|--|------------------|---|---|
| O objetivo é evidente, facilitando a compreensão da finalidade do material. | 0 | 1 | 2 |
| O conteúdo de maior interesse aborda comportamentos que ajudem a prevenir a infecção pelo HIV em adolescentes. | 0 | 1 | 2 |
| A proposta do material é limitada aos objetivos para que o leitor possa razoavelmente compreender no tempo permitido. | 0 | 1 | 2 |
| 2. Linguagem | | | |
| O nível de leitura é adequado para a compreensão do público-alvo. | 0 | 1 | 2 |
| Os estilos de conversação e de voz ativa facilitam o entendimento do texto. | 0 | 1 | 2 |
| O vocabulário utiliza palavras comuns. | 0 | 1 | 2 |
| O aprendizado é facilitado por tópicos. | 0 | 1 | 1 |
| 3. Ilustrações gráficas | | | |
| A capa atrai a atenção e retrata o propósito do material. | 0 | 1 | 2 |
| As ilustrações apresentam mensagens visuais fundamentais para que o leitor possa compreender os pontos principais, sem distrações. | 0 | 1 | 2 |
| 4. Estimulação / Motivação para aprendizagem | | | |
| Há interação do texto e/ou das figuras com o leitor. | 0 | 1 | 2 |
| Os padrões de comportamentos desejados são bem demonstrados. | 0 | 1 | 2 |
| Existe a motivação à mudança de comportamento, ou seja, as pessoas são motivadas a aprender por acreditarem que as tarefas e comportamentos são factíveis. | 0 | 1 | 2 |
| 5. Adequação cultural | | | |
| O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público-alvo. | 0 | 1 | 2 |
| O material apresenta ilustrações e exemplos adequados culturalmente. | 0 | 1 | 2 |

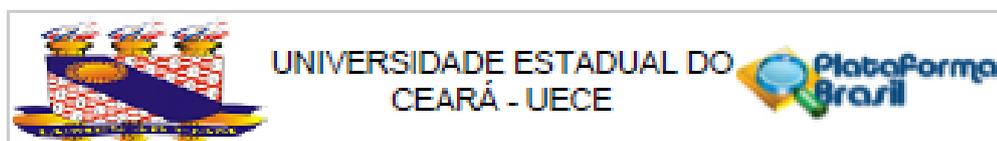
Possibilidade total de escores: 28 (14 fatores)

Total de escores obtidos:

Porcentagem de escores:

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM ADOLESCENTES

Pesquisador: ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55389116.1.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.532.802

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico que visa desenvolver e validar uma tecnologia educativa para a prevenção de HIV/AIDS em adolescentes. Em virtude de a iniciação sexual estar ocorrendo cada vez mais cedo dentre os adolescentes aliada ao restrito conhecimento, corrobora acentuadamente com consequências negativas ao processo de crescimento e desenvolvimento, fator preocupante ao enquadrar dessa forma este grupo em um nível de alta vulnerabilidade. O estudo seguirá as etapas recomendadas por Echer (2005). Participação de etapa de validação 16 especialistas. Será utilizado o instrumento americano formulado por Doak, Doak, Root (1996) intitulado Suitability Assessment of Materials (SAM) para verificar a adequação do material de saúde aos usuários a que se destina.

Objetivo da Pesquisa:

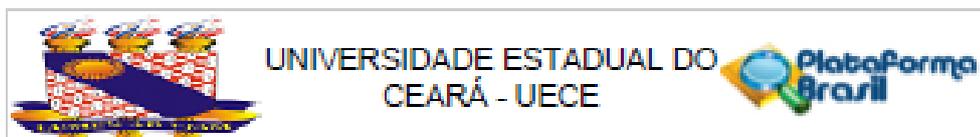
Desenvolver uma tecnologia educativa para a prevenção de HIV/AIDS em adolescentes.

Objetivo Secundário:

Identificar o conhecimento dos adolescentes acerca de HIV/AIDS como subsídio para a construção da tecnologia educativa; Validar a tecnologia

educativa quanto ao conteúdo e à aparência por especialistas.

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9900 Fax: (85)3101-9905 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.532.002

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A probabilidade da ocorrência de evento desfavorável durante o estudo será mínima, levando em consideração que o anonimato será cuidadosamente assegurado e os informes fornecidos serão utilizados apenas no âmbito da pesquisa. Porém, deve-se apontar o risco de alguma informação disponibilizada pelos participantes ser divulgada.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, o estudo proporcionará um material educativo que contemplará as principais informações necessárias aos adolescentes no que tange à prevenção de HIV/AIDS, podendo ser utilizado pelos profissionais durante as ações e disponibilizado aos adolescentes, e também poderá nortear as políticas em saúde a serem desenvolvidas na atenção à saúde do adolescente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa relevante tanto para academia como para o contexto social. Está bem estruturado com objetivos e metodologia adequados para a proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

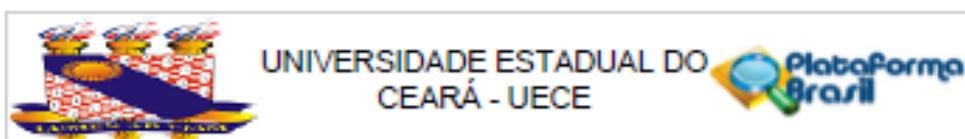
Projeto aprovado. Atende aos ditames da Resolução 466/12.

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_P ROJETO_688642.pdf | 04/04/2016 16:41:13 | | Acelto |
| Orçamento | ORCAMENTO_PB.pdf | 04/04/2016 16:40:14 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Acelto |
| Cronograma | Cronograma_PB.pdf | 04/04/2016 16:39:34 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA | Acelto |

Endereço: Av. Siqueira Manguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9990 Fax: (85)3101-9905 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.532.802

| | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------|--|--------|
| Cronograma | Cronograma_PB.pdf | 04/04/2016 16:39:34 | ALMEIDA | Aceito |
| Outros | CARACTERIZACAO_PB.pdf | 04/04/2016 16:39:06 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Outros | CARTA_CONVITE_PB.pdf | 04/04/2016 16:34:56 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTO_SAM_PB.pdf | 04/04/2016 15:23:03 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_PB.pdf | 04/04/2016 15:15:55 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL.pdf | 04/04/2016 15:02:24 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 04/04/2016 15:01:43 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

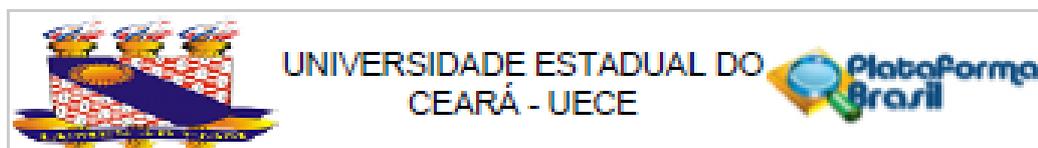
Não

FORTALEZA, 29 de Abril de 2016

Assinado por:

ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-900
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9806 E-mail: cep@uece.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM ADOLESCENTES

Pesquisador: ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55389116.1.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.873.971

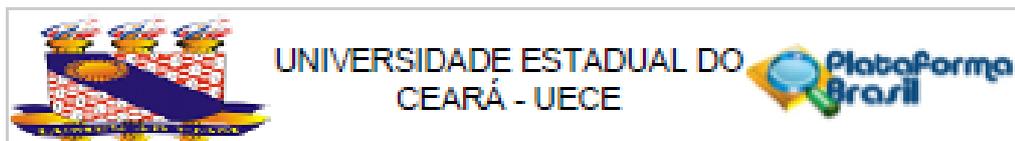
Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda ao projeto de pesquisa "Construção e validação de tecnologia educativa para prevenção de HIV/AIDS em adolescentes. Pesquisadora realizou a inclusão do instrumento de validação baseado em dois critérios descritos

por Pasquall (2010), clareza de linguagem e pertinência prática. O instrumento foi adaptado de Gomes (2015) e utilizado por Sabino (2016) para validação de conteúdo e de aparência de uma cartilha educativa para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. A intenção é utilizá-lo para validar conteúdo e aparência da tecnologia educativa em construção. Já para avaliar a adequação do material educativo ao público alvo, mantém-se o instrumento SAM (DOAK, DOAK, ROOT, 1996), adaptado por Sousa, Turini e Poveda (2015). Justifica-se tal acréscimo pela maior precisão na validação dos itens que integram a tecnologia educativa em desenvolvimento.

Estudo metodológico que visa desenvolver e validar uma tecnologia educativa para a prevenção de HIV/AIDS em adolescentes. Em virtude de a iniciação sexual estar ocorrendo cada vez mais cedo dentre os adolescentes aliada ao restrito conhecimento, corrobora acentuadamente com consequências negativas ao processo de crescimento e desenvolvimento, fator preocupante ao enquadrar dessa forma este grupo em um nível de alta vulnerabilidade. O estudo seguirá as

Endereço: Av. Siqueira Murguiba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-0000 Fax: (85)3101-0606 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.873.871

etapas recomendadas por

Echer (2005). Participarão de etapa de validação 16 especialistas. Será utilizado o instrumento americano formulado por Doak, Doak, Root (1996) intitulado Suitability Assessment of Materials (SAM) para verificar a adequação do material de saúde aos usuários a que se destina.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver uma tecnologia educativa para a prevenção de HIV/AIDS em adolescentes

Objetivo Secundário:

Identificar o conhecimento dos adolescentes acerca de HIV/AIDS como subsídio para a construção da tecnologia educativa; Validar a tecnologia educativa quanto ao conteúdo e à aparência por especialistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A probabilidade da ocorrência de evento desfavorável durante o estudo será mínima, levando em consideração que o anonimato será cuidadosamente assegurado e os informes fornecidos serão utilizados apenas no âmbito da pesquisa. Porém, deve-se apontar o risco de alguma informação disponibilizada pelos participantes ser divulgada.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, o estudo proporcionará um material educativo que contemplará as principais informações necessárias aos adolescentes no que tange à prevenção de HIV/AIDS, podendo ser utilizado pelos profissionais durante as ações e disponibilizado aos adolescentes, e também poderá nortear as políticas em saúde a serem desenvolvidas na atenção à saúde do adolescente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa factível, relevante tanto para academia como para o contexto social. Está bem estruturado com objetivos e metodologia adequados para a proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

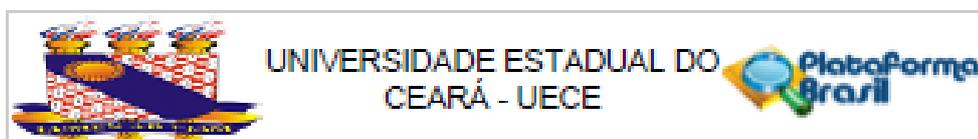
Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende aos ditames da Resolução 466/12.

Endereço: Av. Sílex Muniz, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-900
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-8890 Fax: (85)3101-8808 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.673.671

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_832921_E1.pdf | 28/11/2016 19:56:03 | | Aceito |
| Outros | EMENDA_INSTRUMENTO_VALIDAÇÃO_JUIZES_DOCENTES_ASSISTENCIAIS.pdf | 28/11/2016 19:22:40 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Orçamento | ORÇAMENTO_PB.pdf | 04/04/2016 16:40:14 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_PB.pdf | 04/04/2016 16:39:34 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Outros | CARACTERIZAÇÃO_PB.pdf | 04/04/2016 16:39:06 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Outros | GARTA_CONVITE_PB.pdf | 04/04/2016 16:34:56 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTO_SAM_PB.pdf | 04/04/2016 15:23:03 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| TOLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TOLE_PB.pdf | 04/04/2016 15:15:55 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL.pdf | 04/04/2016 15:02:24 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 04/04/2016 15:01:43 | ANGÉLICA MARIA DE OLIVEIRA ALMEIDA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 19 de Dezembro de 2016

Assinado por:
ISAAC NETO GÓES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Siqueira Murgulha, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-900
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0805 E-mail: cep@uece.br