



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

MARCELA LIMA SILVEIRA PRAXEDES

**EFETIVIDADE DE JOGO EDUCATIVO SOBRE CONTRACEPÇÃO NA
ADOLESCÊNCIA**

**FORTALEZA - CEARÁ
2018**

MARCELA LIMA SILVEIRA PRAXEDES

EFETIVIDADE DE JOGO EDUCATIVO SOBRE CONTRACEPÇÃO NA
ADOLESCÊNCIA

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 título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz.

FORTALEZA - CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Praxedes, Marcela Lima Silveira .

Efetividade de jogo educativo sobre contracepção na adolescência [recurso eletrônico] / Marcela Lima Silveira Praxedes. ? 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 96 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, 2018.

área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz.

1. Contracepção. 2. Adolescente. 3. Educação em saúde. 4. Tecnologia educacional. Enfermagem. I. Título.


MARCELA LIMA SILVEIRA PRAXEDES

EFETIVIDADE DE JOGO EDUCATIVO SOBRE CONTRACEPÇÃO NA
ADOLESCÊNCIA

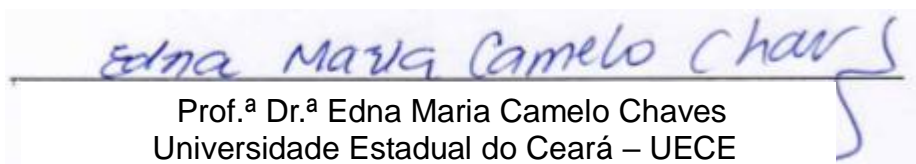
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e Adolescente.

Aprovada em: 21 de dezembro de 2018.

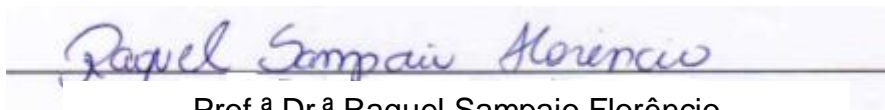
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Raquel Sampaio Florêncio
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Às duas grandes mulheres guerreiras da minha vida, Regina Célia Lima Silveira (mãe) e Francisca Alves de Lima (avó), meus maiores exemplos de força e dedicação, que dispensaram toda a vida ao cuidado com a família e hoje descansam ao lado de Deus. Amor e gratidão eterna!

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por me permitir chegar até aqui, com saúde e força para vencer os obstáculos e seguir em frente, sem desistir.

À minha amada família, meu pai Osi, minha mãe Regina (*in memoriam*), meus irmãos Bruno e Débora e meus cunhados Raquel e Danilo, que sempre torceram e me incentivaram a alcançar mais essa conquista em minha vida e nunca duvidaram da minha capacidade.

Ao meu amado esposo Igor, que sempre esteve ao meu lado durante essa caminhada, vibrando com as vitórias, acalmando as angústias e compreendendo os tantos momentos de ausência.

À Família Praxedes, minha segunda família, pelo acolhimento, carinho e a sincera torcida pelo meu sucesso.

A todos os meus amigos, que torceram desde o processo seletivo até a tão sonhada defesa, pelos momentos de descontração e lazer, que são tão importantes para conseguirmos encarar esses longos dois anos de luta, dedicação e abdicção.

Aos amigos do IFCE Campus Aracati, Mariana, Rachel, Felipe, Flávia, Juarina, Meiriane, Kézia, Jerfesson, Alexandre, Vitor, Cybele, Lídia, por me apoiarem e incentivarem nessa árdua caminhada do mestrado e por tornarem meus dias longe de casa sempre mais leves e alegres e, em especial, à minha companheira de sala e profissão Quezia Melo, sempre tão solícita e disposta a ajudar, por contribuir efetivamente com a fase de coleta de dados da pesquisa, sendo fundamental para concluí-la em tempo hábil.

Aos queridos amigos do mestrado, por dividirem as conquistas, os anseios, as dúvidas e todo o conhecimento agregado durante esses dois anos de caminhada juntos.

A todos os professores do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, por dedicarem seu tempo e compartilharem o que têm de mais precioso conosco, o seu amplo conhecimento na área.

À minha querida orientadora, Maria Veraci Oliveira Queiroz, por me acolher tão bem e dividir comigo sua ampla experiência no assunto, tornando todo esse processo mais tranquilo e leve.

À Enfª Ms. Roberta Vieira, por ceder gentilmente o jogo de tabuleiro construído em sua dissertação de mestrado para a efetivação desta pesquisa.

À Direção-Geral, Departamento de Ensino e docentes do IFCE Campus Aracati, por autorizarem e viabilizarem a realização da coleta de dados da pesquisa com os discentes da instituição.

Aos adolescentes participantes do estudo, alunos do Curso Técnico Integrado em Petroquímica do IFCE Campus Aracati, por aceitarem participar da pesquisa, contribuindo para a ampliação do conhecimento na área de Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente.

Ao amigo Antônio Brazil, pela ajuda no tratamento estatístico dos dados.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desta etapa e concretização desse sonho, o meu muito obrigada!

RESUMO

A adolescência compreende uma fase de desenvolvimento com amadurecimento físico, psicológico e social que marca a mudança da infância para a vida adulta. Nessa passagem, os adolescentes despertam para a sexualidade e vivenciam anseios e novas experiências, com tendência a adotar comportamentos de risco e vulnerabilidade. Ante a iniciação sexual cada vez mais precoce, associada ao uso incorreto dos métodos contraceptivos, a gravidez não intencional surge como uma dessas consequências, com risco tanto para a saúde da mãe adolescente como do bebê, com repercussões sociais, econômicas e familiares. Nesse sentido, é necessária a articulação de estratégias intersetoriais, entre a Educação e a Saúde, a fim de promover a saúde sexual e reprodutiva dessa população. Neste estudo, objetivou-se avaliar a efetividade de uma intervenção com jogo educativo para a melhoria do conhecimento e da atitude de adolescentes sobre contracepção. Estudo quase-experimental, de série temporal do tipo antes e depois, desenvolvido no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Aracati, no período de maio a setembro de 2018, com 85 adolescentes do curso técnico integrado. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: revisão sistemática da literatura e a intervenção com o jogo educativo “Anticoncepção na Adolescência”, tendo a aplicação de questionário antes (pré-teste) e trinta dias após a intervenção (pós-teste). O instrumento compreendeu a caracterização sociodemográfica, aspectos da prática sexual e do conhecimento sobre contracepção. Na terceira parte, por meio da escala tipo likert, apreendeu-se as atitudes frente à contracepção. Os resultados foram computados e analisados utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 23.0, com base na estatística descritiva e testes estatísticos paramétricos e não-paramétricos. Foi considerado um intervalo de confiança de 95% e um valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. A amostra foi majoritariamente feminina, com idade média de 16,34 anos ($\pm 1,175$), grau de escolaridade materna e paterna até o ensino básico e religião católica. Apenas 21,2% já havia iniciado a vida sexual e 77,8% destes fez uso de algum método contraceptivo, sem nenhuma ocorrência de gravidez. Os métodos mais conhecidos foram o contraceptivo oral e o preservativo, sendo o último o mais utilizado. Os adolescentes apresentaram conhecimento prévio

predominantemente deficiente, variando de nenhum a pouco conhecimento, enquanto o percentual de atitudes favoráveis foi superior a 50% na maioria dos itens avaliados. Após a intervenção com o jogo educativo, houve uma melhora considerável no nível de conhecimento dos adolescentes, com uma diferença estatisticamente significativa no somatório de acertos nos dois momentos avaliados ($p < 0,001$). Já com relação às atitudes, a amostra apresentou aumento no percentual de atitudes favoráveis na maioria dos itens da escala. Conclui-se que o jogo educativo foi efetivo para o aumento do conhecimento e das atitudes dos adolescentes sobre contracepção, contribuindo para a promoção da saúde sexual e reprodutiva dessa população.

Palavras-chave: Contracepção. Adolescente. Educação em saúde. Tecnologia educacional. Enfermagem.

ABSTRACT

Adolescence comprises a stage of development with physical, psychological and social maturation that marks the change from childhood to adult life. In this passage, adolescents awaken to sexuality and experience longings and new experiences, with a tendency to adopt risk behaviors and vulnerability. In view of the increasingly precocious sexual initiation associated with the incorrect use of contraceptive methods, unintended pregnancy appears as one of those consequences, with risks for the health of the adolescent mother as well as the baby, with social, economic and family repercussions. In this sense, it is necessary to articulate intersectoral strategies, between Education and Health, in order to promote the sexual and reproductive health of this population. In this study, the objective was to evaluate the effectiveness of an intervention with an educational game to improve adolescents' knowledge and attitude about contraception. A quasi-experimental, time-series, before-and-after study developed at the Federal Institute of Education, Science and Technology of Ceará, Campus Aracati, from May to September 2018, with 85 adolescents from the integrated technical course. The research was developed in two stages: a systematic review of the literature and the intervention with the educational game "Contraception in Adolescence", with the application of a questionnaire before (pre-test) and 30 days after the intervention (post-test). The instrument included sociodemographic characterization, aspects of sexual practice and knowledge about contraception. In the third part, through the likert-type scale, the attitudes towards contraception were apprehended. The results were computed and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences, version 23.0, based on descriptive statistics and parametric and non-parametric statistical tests. A confidence interval of 95% and a value of $p < 0.05$ were considered as statistically significant. The Research Ethics Committee of the State University of Ceará approved the research project. The sample was mostly female, with a mean age of 16.34 years ($\pm 1,175$), maternal and paternal schooling up to basic education and Catholic religion. Only 21.2% had already started sexual life and 77.8% of these had used some contraceptive method without any occurrence of pregnancy. The best-known methods were oral contraceptive and condom, the latter being the most used. The adolescents presented prior knowledge predominantly deficient, varying from one to a few knowledge, while the percentage of favorable attitudes was higher than 50% in most

of the evaluated items. After the intervention with the educational game, there was a considerable improvement in the knowledge level of the adolescents, with a statistically significant difference in the sum of correct answers in the two moments evaluated ($p < 0.001$). Regarding attitudes, the sample showed an increase in the percentage of favorable attitudes in most of the items on the scale. It is concluded that the educational game was effective to increase adolescents' knowledge and attitudes about contraception, contributing to the sexual and reproductive health of this population.

Key-words: Contraception. Adolescent. Health education. Educational technology. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos <i>campi</i> do IFCE no Ceará.....	35
Figura 2 - Fluxograma com a amostra do estudo.....	37
Figura 3 - Fluxograma com as fases do estudo.....	38
Figura 4 - Tabuleiro do jogo “Anticoncepção na Adolescência”.....	40
Figura 5 - Fluxograma de seleção dos estudos. Fortaleza-CE, 2017.....	46
Quadro 1 - Escala de classificação de níveis de conhecimento.....	42
Quadro 2 - Apresentação da amostra de acordo com autoria, ano, país, nível de evidência, qualidade metodológica, objetivos, tipo de estudo/intervenção, amostra e resultados. Fortaleza-CE, 2017.....	47
Gráfico 1 - Métodos contraceptivos conhecidos pelos adolescentes (n=181*). Aracati-CE, 2018.....	56
Gráfico 2 - Fontes de informação sobre contracepção (n=132*). Aracati-CE, 2018.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes segundo a caracterização sociodemográfica. Aracati-CE, 2018.....	53
Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes segundo as informações de práticas sexuais e contraceptivas. Aracati-CE, 2018.....	54
Tabela 3 - Distribuição dos acertos no bloco de conhecimentos sobre contracepção antes da intervenção (n=85). Aracati-CE, 2018.....	59
Tabela 4 - Distribuição do conhecimento dos adolescentes sobre contracepção antes da intervenção, segundo a Escala de Classificação de Níveis de Conhecimento (n=85). Aracati-CE, 2018.....	61
Tabela 5 - Distribuição das atitudes favoráveis dos adolescentes sobre contracepção antes da intervenção (n=85). Aracati-CE, 2018.....	64
Tabela 6 - Distribuição dos acertos no bloco de conhecimentos sobre contracepção antes e depois da intervenção. Aracati-CE, 2018.....	
Tabela 7 - Distribuição do conhecimento dos adolescentes sobre contracepção antes e depois da intervenção, segundo a Escala de Classificação de Níveis de Conhecimento. Aracati-CE, 2018.....	65
Tabela 8 - Distribuição das atitudes favoráveis dos adolescentes sobre contracepção depois da intervenção (n=79). Aracati-CE, 2018.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AOC	Anticoncepcional Oral Combinado
CAMI	Intervenção Motivacional Assistida por Computador
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i>
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
ERICA	Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes
ESF	Equipes de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIC	Formação Inicial e Continuada de Trabalhadores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFCE	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
IJB	Instituto Joanna Briggs
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PBE	Prática Baseada em Evidências
PCAP	Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas
PeNSE	Pesquisa Nacional sobre a Saúde do Escolar
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses</i>
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente

PSE	Programa Saúde na Escola
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	GERAL.....	23
2.2	ESPECÍFICOS.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1	POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ADOLESCÊNCIA.....	24
3.2	CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	28
3.3	TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM ADOLESCENTES.....	30
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	34
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	34
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
4.4	ETAPAS DO ESTUDO.....	37
4.4.1	Revisão sistemática da literatura.....	38
4.4.2	Intervenção com a tecnologia educativa.....	38
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	41
4.6	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5.1	REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	45
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO.....	54
5.3	CONHECIMENTO E ATITUDE DOS ADOLESCENTES SOBRE CONTRACEPÇÃO ANTES DA INTERVENÇÃO.....	58
5.4	AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO JOGO EDUCATIVO SOBRE CONTRACEPÇÃO.....	63
6	CONCLUSÃO.....	71
	REFERÊNCIAS.....	72

APÊNDICES	81
APÊNDICE A – TERMO DE ASSENTIMENTO.....	82
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	85
APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA.....	87
ANEXOS	88
ANEXO A – QUESTIONÁRIO.....	89
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	93
ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	95

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passou por modificações demográficas nas últimas décadas, evidenciadas pela diminuição da mortalidade infantil e da fecundidade e o considerável aumento da expectativa de vida. Mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, a geração de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos de idade é a mais numerosa em toda a história do país, representando cerca de 30% da população brasileira (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), define-se adolescência como a faixa entre dez e 19 anos de idade, sendo o período de amadurecimento físico, psicológico e social que marca a mudança da infância para a idade adulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). A adolescência é, portanto, caracterizada por uma série de transformações em vários aspectos e contextos da vida do adolescente. É uma fase de muitas descobertas, desafios e vivências, que irão influenciar o modo de pensar e agir deste ser em formação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A adolescência obteve, há algumas décadas, diversas transformações sobre seu conceito, e, conseqüentemente, sobre o entendimento dos sujeitos que ela compreende, passando a ser entendida para além de uma faixa etária, com foco em seu processo de desenvolvimento humano, marcadamente ancorado em fatores biológicos e psicossociais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Adolescentes e jovens, por serem considerados pessoas saudáveis, não recebem a necessária atenção à saúde que deveriam e são, muitas vezes, negligenciados como grupo populacional nas estatísticas de saúde, sendo agregados com as crianças mais novas ou com os adultos jovens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Em relação aos indicadores de fecundidade no Brasil, ressalta-se que enquanto a taxa de fecundidade da população geral apresentou relativa queda no decorrer dos últimos anos, a taxa de fecundidade das adolescentes evoluiu em sentido contrário, o que mais tem contribuído para o nível geral prevalente no país (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016).

A sexualidade é um componente intrínseco do ser humano e seu despertar surge justamente no período da adolescência, transcendendo o aspecto meramente biológico e manifestando-se também como um fenômeno psicológico e

social, sendo influenciado fortemente pelas crenças pessoais e familiares, e as normas morais da sociedade (HEILBORN, 2012).

Aliado a este fenômeno, devido às características próprias de seu desenvolvimento psicoemocional, como o sentimento de imunidade, onipotência e desejo de vivenciar novas experiências, os adolescentes tendem a adotar comportamentos de risco, tornando-se mais vulneráveis (CARNEIRO et al., 2015).

As inúmeras mudanças sociais vividas nas últimas décadas provocaram o início da vida sexual dos adolescentes cada vez mais cedo. Essa iniciação sexual precoce está, muitas vezes, associada ao não uso ou uso incorreto dos métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e uso de álcool e outras drogas, sendo a gravidez não intencional uma das suas grandes consequências (MALTA et al., 2011).

No que diz respeito à iniciação sexual, a Pesquisa Nacional sobre a Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2015, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, investigou os fatores de risco e proteção à saúde do adolescente e encontrou que mais de 25% dos escolares entre 13 e 15 anos de idade e mais de 50% dos escolares entre 16 e 17 anos de idade já haviam iniciado a vida sexual (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

A partir da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), verificou-se que mais da metade das mulheres brasileiras engravidaram entre os 10 e 19 anos, com maior prevalência nas regiões Norte (67,4%) e Nordeste (56,4%) do país (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016). Somado a isto, os dados mais recentes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) revelam que uma a cada cinco crianças que nascem no país é de mãe adolescente, sendo que esse número é ainda mais expressivo no Nordeste (um a cada quatro nascimentos) (BRASIL, 2015).

Diante desses indicadores, a ocorrência de gravidez na adolescência configura-se como um problema social e de saúde pública, pois pode ser um risco tanto para o desenvolvimento biopsicossocial da adolescente, como para o desenvolvimento do bebê, com repercussões sociais, econômicas e familiares (QUEIROZ et al., 2014; PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012). Somado a este cenário, observa-se a reincidência da gravidez ainda na adolescência (NERY et al., 2015).

Estudos apontam, ainda, que a gravidez na adolescência, na maioria das vezes, não ocorre, dentro de um relacionamento estável e a jovem não apresenta condições emocionais e econômicas para fornecer uma estrutura familiar adequada à criança. Além disso, pode estar associada à evasão escolar, interrompendo a qualificação escolar e profissional da adolescente em função dos cuidados com o bebê, levando a um conseqüente aumento nas taxas de desemprego e/ou baixa remuneração no futuro profissional dessa jovem mãe (PATIAS et al., 2011; SILVA; CARVALHO, 2016).

Estudo realizado em três capitais brasileiras, em 2011, revelou que 29,6% das moças mencionaram que ficaram grávidas e 21,4% dos rapazes relataram que engravidaram a parceira pelo menos uma vez antes de completar 20 anos. Além disso, 70,5% das moças que engravidaram não terminaram a educação básica, em comparação com 25,6% das moças que não engravidaram (ALMEIDA; AQUINO, 2011).

Nessa perspectiva, torna-se importante o acompanhamento contínuo dos adolescentes, com ampla participação da família, da escola, das instituições de saúde e da comunidade, como meios formadores de opinião (HEILBORN, 2012; LEITE et al., 2014).

A escola é o local onde os adolescentes passam grande parte da sua vida. É, portanto, um espaço social, que proporciona a estes a experimentação da formação de sua identidade para além da família. Nesse sentido, deve ser encarada como um espaço de informação, motivando a reflexão e promovendo a sensibilização dos jovens com o intuito de contribuir para a formação de seres humanos capazes de realizar escolhas e decisões conscientes e responsáveis (CARNEIRO et al., 2015; SILVA; CARVALHO, 2016). No entanto, falar de sexo na escola é, muitas vezes, motivo de tensão para professores, devido à inabilidade ou falta de capacitação para abordar o assunto (SOARES et al., 2015).

Vale salientar que o acesso à informação qualificada sobre sexualidade deve considerar a perspectiva de que esta não tem de ser reduzida apenas à explicação do amadurecimento sexual orgânico, mas abranger também a compreensão de seus cenários relacionais, incluindo as relações de gênero, as convenções sexuais e a capacidade de proteção da eventualidade reprodutiva e de potenciais IST (HEILBORN, 2012). Além disso, para alcançar o público adolescente de maneira eficaz, as ações educativas sobre a temática devem ser lúdicas, criativas

e problematizadoras, por meio da troca de experiências e participação ativa, fomentando o protagonismo juvenil (SANTOS et al., 2014).

Nesse contexto, surge a necessidade de pensar em ações e estratégias intersetoriais, entre a Educação e a Saúde, direcionadas a esse público específico, compreendendo sua sexualidade e a constituição da sua subjetividade, seu processo pessoal e sua maneira de cuidar de si, valorizando suas ideias e sua participação ativa, a fim de promover a saúde dessa população (CAMPOS et al., 2013).

O Programa Saúde na Escola (PSE) surgiu como uma possibilidade de suprir tal necessidade, promovendo a intersetorialidade tão almejada pelo SUS. Criado em 2007, a partir de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007a). Apesar dos resultados exitosos em diversas áreas, acredita-se que algumas atividades não alcançam as suas reais dimensões, principalmente no que diz respeito às questões de saúde sexual e reprodutiva (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Sobre a temática de gravidez na adolescência, estudos evidenciam que a orientação sobre prevenção na escola mostra-se como fator de proteção à saúde sexual e reprodutiva e que a prevalência de gravidez precoce é significativamente menor entre os adolescentes que mencionaram o ambiente escolar como fonte de informações sobre o tema (CAMPOS et al., 2013; ANDRADE et al., 2009).

Assim, destaca-se a importância da atuação do profissional de saúde no ambiente escolar, para tratar questões relativas à saúde do adolescente, haja vista que é o profissional capacitado para problematizar e desenvolver conhecimentos que favoreçam a adoção de comportamentos preventivos acerca da sexualidade, contracepção, IST e os demais assuntos que permeiam esse universo (SOARES et al., 2015).

Para favorecer a saúde na escola, observa-se que a educação em saúde é uma das ferramentas mais utilizadas pelo enfermeiro para a promoção da saúde escolar. Centram-se na formação de consciência crítica, por meio de diversas estratégias, como grupos, oficinas, rodas e atividades lúdicas, o que permite a troca de ideias, reflexão, e elaboração de conceitos, valores e sentimentos, promovendo, assim, a autonomia dos sujeitos para o autocuidado (GIJSEN; KAISER, 2013).

Na busca por implementar ações de educação em saúde, o enfermeiro faz uso de diversas tecnologias, e utiliza estratégias educacionais para estimular comportamentos de vida saudáveis. Salienta-se que o uso de tecnologias educativas junto aos adolescentes no contexto escolar contribui para a produção de conhecimentos a serem socializados, visando uma educação transformadora que responda às reais necessidades dos participantes (GUBERT et al., 2009).

A agenda nacional de prioridades de pesquisas em saúde engloba, entre os temas prioritários de estudo no país, os determinantes, repercussões e riscos da maternidade e paternidade na adolescência e estudos sobre as circunstâncias da primeira gravidez; os determinantes da adesão a práticas sexuais seguras e inseguras e estudos comportamentais com relação às IST e ao início da atividade sexual precoce; estudos sobre a promoção da saúde nas escolas; estudos de eficácia e efetividade de práticas terapêuticas voltadas à prevenção e a avaliação de desenvolvimento de tecnologias usadas nas práticas de educação e saúde (BRASIL, 2011b).

Na área de Saúde do Adolescente, diversas pesquisas têm produzido tecnologias educativas que auxiliem o processo de ensino-aprendizagem nas ações de saúde, como história em quadrinhos, cartilhas, software e jogos educativos, abordando os métodos contraceptivos, IST/AIDS, violência sexual, dentre outras temáticas, de forma a propiciar uma construção compartilhada de conhecimentos (ALMEIDA, 2017; LUSTOSA, 2014; SILVA, 2015; ABREU, 2017; SCOPACASA, 2013; VIEIRA, 2016).

Diante do exposto, ressalta-se a importância da criação de tecnologias educativas que auxiliem os profissionais nas ações de educação em saúde, na medida em que estas favoreçam uma perspectiva dialógica, deixando de lado o formato mais tradicional utilizado no passado, em que apenas o profissional fala e o cliente escuta (MARTINS et al., 2012). Todavia, fazem-se necessárias a validação e divulgação dessas ferramentas, bem como a capacitação dos profissionais, inclusive professores, a fim de que estes possam utilizá-las com segurança, mediante sua eficácia comprovada em pesquisas científicas.

Dentre as tecnologias citadas, os jogos educativos se mostram vantajosos para serem utilizados com adolescentes, pois são baseados em regras e metas, proporcionando a estes a energia necessária para a superação de desafios e concretização de propostas, levando ao desempenho gratificante. Além disso,

apresentam o recurso da interatividade entre os participantes, provocando debate e reflexão e realçando o seu caráter social (BUENO; BIZELLI, 2014).

Neste sentido, esta pesquisa partiu da seguinte questão: Qual a efetividade do jogo educativo como tecnologia em saúde para a melhoria do conhecimento e da atitude dos adolescentes sobre contracepção?

O interesse pela temática em questão surgiu a partir da vivência prática, atuando há quatro anos como enfermeira escolar em uma instituição de educação profissional e tecnológica, cujo público é majoritariamente adolescente. A partir do contato direto com os discentes, pude identificar superficialmente o conhecimento destes sobre a saúde sexual e reprodutiva, mostrando-se muitas vezes deficiente ou repleto de mitos. Além disso, a necessidade de fazer uso de instrumentos facilitadores nas práticas de educação em saúde que se aproximem dos adolescentes, por meio do lúdico, mostrou-se latente, a fim de estimular o processo de ensino-aprendizagem dessa população.

Assim, o estudo propõe-se validar externamente uma tecnologia educativa sobre contracepção na adolescência, com ênfase na prevenção da gravidez precoce. Ressalta-se que a tecnologia em questão já foi validada internamente com juízes especialistas, sendo necessária sua validação externa junto ao público-alvo, a fim de colocar à disposição dos profissionais de saúde instrumentos efetivos para a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Acredita-se que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros que atuam no ambiente escolar, possam utilizar dessa tecnologia validada para realizar ações educativas mais lúdicas que contribuam para a autonomia dos adolescentes na escolha dos métodos contraceptivos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a efetividade de uma intervenção com jogo educativo para a melhoria do conhecimento e da atitude de adolescentes sobre contracepção.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Investigar as evidências científicas da efetividade das intervenções educativas sobre contracepção na adolescência.
- b) Caracterizar os adolescentes quanto às variáveis sociodemográficas e em relação ao comportamento sexual.
- c) Descrever conhecimentos e atitudes prévias dos adolescentes sobre os métodos contraceptivos.
- d) Comparar o conhecimento e a atitude dos adolescentes sobre contracepção antes e após a intervenção com o jogo educativo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O capítulo de revisão de literatura foi dividido em três tópicos pertinentes à temática, fundamentando a pesquisa. O primeiro refere-se às políticas de saúde sexual e reprodutiva na adolescência; o segundo reúne estudos sobre a contracepção na adolescência; e o terceiro engloba as tecnologias educativas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva em adolescentes, com enfoque no jogo educativo.

3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ADOLESCÊNCIA

A população adolescente representa atualmente uma parcela expressiva da população brasileira, compreendendo quase 18% do total dos brasileiros, com pouco mais de 34 milhões de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Essa fase da vida representava um grupo social invisível até meados da década de 1970, quando ganhou evidência pelos problemas sociais relacionados ao conjunto de práticas classificadas como comportamentos de risco, como sexo sem proteção, consumo de álcool e outras drogas e exposição às várias formas de violência, demandando, assim, olhares pormenorizados e políticas específicas (OPAS, 2017).

Entre os marcos referenciais internacionais, destacam-se as duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU): a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994 no Cairo, que pautou os direitos reprodutivos, incluindo os adolescentes e atentando para o fato de que estes, enquanto grupo, são particularmente vulneráveis e ignorados pelos serviços de saúde reprodutiva; e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim no ano seguinte, em que se reafirmaram os acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos (BRASIL, 2013a; JIMENEZ et al., 2015).

Nacionalmente, a Constituição Brasileira de 1988 reconheceu, no seu artigo 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, modificando toda uma legislação anterior que os considerava como propriedade de seus pais (BRASIL, 2013a).

Em consonância com essa mudança de paradigma, o Ministério da Saúde criou, em 1989, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), considerando a definição da OMS para a adolescência como sendo a faixa etária de 10 a 19 anos. Entre as áreas prioritárias de atuação desse programa, destacou-se a saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).

Em termos de avanços legais que norteiam a atenção à saúde dos adolescentes no país, criou-se em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a fim de regulamentar o artigo 227 da Constituição Federal de 1988. O ECA representou uma evolução sem precedentes na perspectiva dos direitos da criança e do adolescente. Entretanto, no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, predominou a compreensão negativa, ou seja, no intuito de protegê-los contra a violência e exploração sexual, em vez de promover direitos afirmativos referentes à sua vida sexual e reprodutiva (JIMENEZ et al., 2015).

Em 1993, foram lançadas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, objetivando orientar as equipes de saúde na atenção a essa população específica, tendo como base os princípios e as diretrizes do SUS recentemente implantado (BRASIL, 2006a).

Neste cenário, o Ministério da Saúde deu continuidade às discussões para a elaboração de uma política nacional que atendesse às reais necessidades de saúde desse grupo populacional, culminando com a criação, em 2006, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, com a finalidade de promover um novo olhar sobre o adolescente e apresentando arcabouço teórico que estimula a reflexão sobre novos conceitos, estratégias e ações para a promoção da saúde desse grupo etário (BRASIL, 2006; RAPOSO, 2009).

O novo modelo de atenção proposto pela política recomenda que as ações de atenção à saúde de adolescentes e jovens sejam permeadas por práticas educativas numa perspectiva participativa, dialógica, emancipatória e multiprofissional, com foco prioritário nas questões relativas ao crescimento e desenvolvimento, à saúde sexual e reprodutiva e à redução da morbimortalidade por violências e acidentes (BRASIL, 2006; RAPOSO, 2009).

A partir de todo esse movimento em prol da promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, são garantidos os seguintes direitos: direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física; direito de ter relação

sexual, independentemente da reprodução; direito ao acesso à informação, a meios e técnicas para ter ou não ter filhos; direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de IST/ AIDS; e direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação (BRASIL, 2013a).

A fim de garantir os direitos supracitados, o governo brasileiro tem fomentado uma série de iniciativas voltadas para a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes. Desde 1995, os Ministérios da Saúde e da Educação têm reunido esforços, conjuntamente, a fim de que estas temáticas sejam trabalhadas nas escolas. Desse trabalho integrado, nasceu o Projeto Escolas, que iniciou as ações apoiando projetos em 16 Unidades da Federação de maior importância para a epidemia de HIV/AIDS, entre 1994 e 1999. Nos anos seguintes, o projeto expandiu as estratégias para as demais unidades federativas por meio do programa Salto para o Futuro. Em 2003, em Curitiba, foi lançado o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que teve como elementos inovadores a disponibilização de preservativos nas escolas, a integração entre estas e as unidades básicas de saúde, bem como a participação da comunidade nesse processo (BRASIL, 2006b).

Em 2007, o SPE teve suas ações incorporadas ao PSE, que foi implantado com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Com a efetivação dessas ações, espera-se colaborar na redução da infecção pelo HIV e dos índices de evasão escolar ocasionados pela gravidez não intencional na adolescência (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde, pautado na perspectiva de garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos dos adolescentes e o pleno exercício do direito fundamental à saúde, lançou, no mesmo ano, o Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, para oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos aos gestores do SUS e a outros setores das políticas públicas voltados à adolescência e à juventude, orientando a implementação de ações para a atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, como parte das estratégias de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2007b).

Ainda com o objetivo de nortear as ações, de forma integrada às demais políticas e programas já existentes no SUS, o Ministério da Saúde propôs, em 2010,

as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, apontando para a necessidade de construção de estratégias intersetoriais que contribuam para modificar o quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e jovens, estimulando o desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010).

No ano seguinte, em parceria com a Instituição Reprolatina, elaborou-se um guia para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes de Saúde da Família, visando apoiá-las na implementação, no monitoramento e na avaliação da atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes, constituindo-se numa ferramenta prática e útil aos profissionais de saúde que atuam nesses espaços. O guia, em consonância com as Diretrizes Nacionais, determina que cabe à atenção básica, além de realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, garantir a atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo o acesso aos métodos contraceptivos, e desenvolver ações educativas nos centros de saúde, nas escolas e na comunidade. Preconiza, portanto, o fortalecimento da atenção básica, ao invés da criação de “centros de referência” especializados no atendimento dessa população, entendendo que é principalmente neste nível que se pode trabalhar de forma universalizada e efetiva a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a integralidade e a intersetorialidade (BRASIL, 2011a).

Em 2013, foi produzido o Caderno de Atenção Básica sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, objetivando oferecer ainda mais subsídios e orientações aos profissionais deste nível de atenção sobre as práticas de cuidado em saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).

Pode-se perceber que tais políticas e documentos configuram-se como eixos norteadores das práticas de atenção à saúde dos adolescentes no país, reconhecendo a responsabilidade, legitimidade e importância de garantir a qualidade do atendimento à essa população nos serviços de saúde, com enfoque na educação, prevenção e promoção da saúde (VIEIRA et al., 2017).

Apesar dos grandes avanços conquistados na área, muitos desafios ainda persistem. Os índices de gravidez na adolescência ainda permanecem elevados, embora tenha tido uma discreta redução de 552.630 nascimentos oriundos de mães adolescentes em 2010 para 547.564 em 2015, como mostra os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde (BRASIL,

2017). Essa realidade evidencia a necessidade de continuar reunindo esforços cada vez mais efetivos para o controle das situações de risco a que essa população está submetida.

3.2 CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é a fase da vida em que se iniciam as mudanças corporais relacionadas ao crescimento físico e maturação sexual, com o pleno desenvolvimento da capacidade reprodutiva do ser humano, além de profundas transformações psicológicas e sociais. Nesse período, desenvolve-se uma maior capacidade de abstração e pensamento crítico, em conjunto com um maior senso de independência emocional e de autoconhecimento. Por isso, é de extrema importância que os adolescentes conheçam o funcionamento do seu corpo e compreendam seus sentimentos, para que possam, dessa forma, fazer escolhas mais responsáveis e que favoreçam positivamente a expressão de sua sexualidade (BRASIL, 2013a).

A Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas (PCAP) da População Brasileira em relação a IST/AIDS, realizada pelo Ministério da Saúde em 2004, revelou, com relação às práticas sexuais, que o início da atividade sexual aconteceu, em média, aos 15,3 anos. Quanto à prática do sexo seguro, 53% dos jovens fizeram uso de preservativo na primeira relação, porém menos de 40% declarou o uso da camisinha em todas as relações sexuais (BRASIL, 2005).

Com relação à atividade sexual e à anticoncepção, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, constatou que as mulheres estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo, assim como a prática contraceptiva. Até os 15 anos, 33% das mulheres já haviam iniciado a vida sexual, valor que representa o triplo do ocorrido na PNDS/1996. Por sua vez, 66% das adolescentes de 15 a 19 anos sexualmente ativas já fizeram uso de algum método contraceptivo, sendo o preservativo masculino (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%) os mais utilizados (BRASIL, 2008).

Quase uma década depois, a Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar (PeNSE, 2015) revelou que 27% dos adolescentes entre 13 e 15 anos já haviam iniciado a vida sexual, enquanto 59% e 60% destes usaram preservativo na primeira e na última relação, respectivamente. Já na faixa etária de 16 a 17 anos, 54% já

havia iniciado a vida sexual, sendo que 68% e 65% destes usaram preservativo na primeira e na última relação, respectivamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Esse cenário indica a vulnerabilidade dessa população às IST e à ocorrência de gravidez não planejada na adolescência.

A atenção em contracepção pressupõe a oferta de informações, aconselhamento, acompanhamento clínico e uma gama de métodos e técnicas contraceptivas, cientificamente aceitos, de forma que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas em todas as etapas da vida reprodutiva, inclusive os adolescentes, num contexto de escolha livre e informada. Ressalta-se a importância da oferta de diferentes opções de métodos contraceptivos para que as pessoas possam escolher o método mais adequado às suas necessidades e circunstâncias de vida (BRASIL, 2013a).

Por meio do Programa Nacional DST/AIDS, o Ministério da Saúde brasileiro recomenda que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde adotem medidas de desburocratização na distribuição de preservativos masculinos, facilitando o acesso irrestrito das populações mais vulneráveis a um método contraceptivo eficaz, sem necessidade de prescrição médica ou apresentação de documentos de identificação. Tal direcionamento é fundamental para os adolescentes, visto que, na maioria das vezes, estes têm uma vida sexual ativa sem o conhecimento de seus responsáveis, garantindo, assim, a efetivação de seu direito ao sexo seguro, com respeito à privacidade (MORAES et al., 2012).

Na década de 1970, a OMS definiu a prevenção simultânea das IST e da gravidez como dupla proteção, que consiste no uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método contraceptivo, a fim de promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção das IST/AIDS (BRASIL, 2013a).

Sobre a contracepção na adolescência, a maioria dos métodos contraceptivos podem ser usados pelos adolescentes. No entanto, alguns são mais indicados que outros nessa fase da vida. Não há restrições ao uso dos contraceptivos hormonais, como as pílulas orais combinadas, o injetável mensal, o adesivo transdérmico e o anel vaginal, que podem ser usados desde a menarca, com exceção dos contraceptivos que contêm apenas progesterona. Além destes, o diafragma e o contraceptivo oral de emergência também podem ser utilizados pelos adolescentes, com as devidas orientações (BRASIL, 2013a).

Já os métodos comportamentais (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) são pouco recomendados para adolescentes, devido a irregularidade menstrual, e os métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia) só se justificam quando existem condições clínicas ou genéticas que façam com que seja imperativo evitar a gravidez permanentemente nessa população (BRASIL, 2013a).

Salienta-se que a escolha do método contraceptivo deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica, e que deve sempre ser estimulado o uso da camisinha masculina ou feminina, com vistas a garantir a dupla proteção (BRASIL, 2013a).

Apesar da vasta variedade de métodos disponíveis e da grande difusão de informações sobre os métodos contraceptivos por meio das escolas, serviços de saúde, mídia e até pela própria família, percebe-se ainda dificuldades na adesão a essas práticas pelo público adolescente. Dentre os obstáculos para o uso consistente dos métodos contraceptivos, são citados pelos adolescentes: a objeção do uso pelo parceiro; a confiança no parceiro; não ter o contraceptivo no momento das relações, devido a sua imprevisibilidade; a diminuição do prazer sexual; dentre outros (SANTOS et al., 2016; SILVA et al., 2015; MENDONÇA; ARAÚJO, 2009).

Diversos estudos estão em concordância quando citam o preservativo masculino e a pílula como os métodos mais conhecidos pela maioria dos adolescentes (MENDONÇA; ARAÚJO, 2009; ALVES; LOPES, 2008; RASMUSSEN et al., 2011). Tal fato reforça a necessidade de uma maior divulgação sobre as demais opções contraceptivas disponíveis e adequadas a esse grupo populacional, assim como a oferta desses métodos nos serviços de saúde (MENDONÇA; ARAÚJO, 2009).

3.3 TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM ADOLESCENTES

A promoção da saúde pode ser entendida como um processo, no qual indivíduos e coletivos compartilham seus saberes a fim de encontrarem juntos melhores condições de saúde, trabalhando o desenvolvimento, a participação e a interação do ser humano no seu próprio meio social, econômico e cultural (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

Já a saúde sexual define-se como um estado de saúde física, emocional, mental e de bem-estar social relacionados à sexualidade, que, por sua vez, é considerada como um dos aspectos centrais do ser humano ao longo de toda sua vida, englobando elementos relacionados ao sexo, à orientação sexual, às identidades e aos papéis de gênero, ao prazer, à intimidade, além da reprodução (ZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Nas últimas décadas, o Brasil tem avançado na área de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, através da participação em acordos internacionais, bem como por meio de diretrizes nacionais e políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos sexuais na adolescência, com maior ênfase nas ações educativas e preventivas.

A educação em saúde, analisada sob a ótica da promoção da saúde, destaca-se como um campo multifacetado, que vai além do repasse de informações e indução de determinados comportamentos, proporcionando a construção de um conhecimento com base na reflexão crítica e autonomia dos sujeitos, onde o diálogo e a participação destacam-se como elementos pedagógicos desse processo (LOPES; TOCANTINS, 2012).

Considerando a educação em saúde como um processo pedagógico emancipatório e que o público adolescente apresenta um maior distanciamento das unidades de saúde, tal ferramenta favorece uma maior aproximação com essa população, visto que pode ser desenvolvida em diversos espaços e cenários, inclusive no entorno social onde os sujeitos estão inseridos (SANTIAGO et al., 2012; LEITE et al., 2014).

Nesse contexto, o elo entre a saúde e a educação torna-se fundamental para o alcance desse grupo populacional. Com a implantação do PSE em 2007, a escola ganha destaque como um importante dispositivo social a contribuir com a efetivação das ações de promoção da saúde sexual na adolescência (SANTIAGO et al., 2012).

Inúmeras pesquisas na área da saúde têm avaliado o nível de conhecimento e a prática de adolescentes escolares referentes ao uso dos métodos contraceptivos. Estas mostram que o conhecimento costuma ser maior que a prática, revelando uma lacuna entre a aquisição dos conhecimentos e o uso efetivo dos métodos (ALVES; LOPES, 2008; MENDONÇA; ARAÚJO, 2009; RASMUSSEN et al., 2011; SOARES et al., 2015; SANTOS et al., 2016). Ademais, percebe-se que saber

citar os métodos existentes não significa necessariamente conhecê-los. Para isso, é preciso ter adquirido informações suficientes sobre as suas vantagens, desvantagens, modo de usar e formas de acesso (MENDONÇA; ARAÚJO, 2009).

A partir da concepção de construção compartilhada de conhecimentos realçada pela educação em saúde e diante da dificuldade na mudança de comportamentos evidenciada nos estudos citados anteriormente, surge a necessidade de incorporação de tecnologias educativas inovadoras nessas ações, que sejam adaptadas para o público pretendido, com vistas a alcançar o objetivo proposto.

Nesse sentido, compreende-se que as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva na adolescência devem ser tratadas através de estratégias educativas mais dinâmicas e interativas, por ser uma temática que envolve situações como vergonha, mitos, tabus, crenças, entre outras (ARAGÃO, 2016).

Ante a este cenário, distintos produtos educativos têm sido produzidos por pesquisadores da área da saúde para o público adolescente, a fim de atender às suas especificidades, revelando uma riqueza de oportunidades no cerne do cuidado educativo, como cartilhas, jogos, histórias em quadrinhos, vídeos, ambientes virtuais de aprendizagem, aplicativos móveis, dentre outros (BARBOSA et al., 2010; CAVALCANTE et al., 2012; LUNA, 2014; LUSTOSA, 2014; ARAGÃO, 2016; ABREU, 2017; ALMEIDA, 2017).

A tecnologia educativa apresenta-se como uma ferramenta que facilita o aprendizado através do lúdico, de forma atraente e dinâmica, envolvendo os sujeitos no processo formativo (GUBERT et al., 2009). Dentre os benefícios de sua utilização com adolescentes está o poder de despertar nestes o desenvolvimento da criatividade, da criticidade, da autonomia de pensamento e da curiosidade (LUNA, 2014).

O uso de recurso lúdico nas práticas de educação em saúde por meio das tecnologias educativas aguça o interesse do público-alvo, favorecendo a aceitação e garantindo a sua eficácia no processo ensino-aprendizagem. Nessa perspectiva, os jogos educativos mostram-se como uma ferramenta preciosa nas ações voltadas para os adolescentes, a fim de reduzir as vulnerabilidades inerentes a esta fase da vida, através da informação, debate e reflexão promovidos por este tipo de tecnologia, auxiliando o processo de tomada de decisões mais salutares (SCOPACASA, 2013).

Em diferentes formatos, os jogos oportunizam, ainda, a criação de estratégias para superar obstáculos, proporcionando vitórias que satisfazem o ego dos jogadores, derrotas que os motivam na resolução de conflitos, competições e adrenalina, estimulando-os cada vez mais a permanecer no jogo. Essas características permitem que, por meio dos jogos, se promova uma nova maneira de produzir e difundir conhecimento no meio educacional (BUENO; BIZELLI, 2014).

Com base no exposto, percebe-se como o jogo inserido no cenário educativo pode contribuir com o processo de aprendizagem, agregando diversas propriedades que estimulam a constante participação dos envolvidos e interesse nas temáticas abordadas.

Especialmente na adolescência, em virtude das características peculiares dessa fase, o processo educativo deve permitir a comunicação e expressão dos indivíduos, com constante discussão e reflexão entre eles, possibilitando, assim, uma maior eficiência no processo ensino-aprendizagem (MARIANO et al., 2013).

Uma revisão integrativa analisou estudos que utilizaram jogos educativos para a promoção de saúde de adolescentes e constatou que todas as estratégias que fizeram uso de jogos como instrumento educativo apresentaram resultados bem-sucedidos. Cabe, portanto, aos profissionais de saúde se apropriar desses instrumentos inovadores a fim de atingir efetivamente os indivíduos, gerando mudanças benéficas em suas práticas de vida (MARIANO et al., 2013).

Neste sentido, percebe-se a importância da utilização de tecnologias lúdicas para trabalhar temáticas que envolvem a saúde sexual e reprodutiva com adolescentes e, sobretudo, a necessidade de avaliar a efetividade desses produtos como instrumentos promotores de saúde, a fim de garantir a segurança de seu uso na prática com o público alvo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com delineamento quase experimental, de série temporal do tipo antes e depois. Os quase experimentos são estudos que incluem uma intervenção, porém sem randomização, característica essencial dos experimentos verdadeiros. Considerando que em alguns casos não há possibilidade de se obter um grupo controle, opta-se pelo modelo antes e depois com um único grupo. Esse modelo é utilizado frequentemente nas pesquisas de enfermagem que ocorrem em ambientes naturais e, portanto, dificulta o fornecimento de um tratamento ou intervenção randomicamente a algumas pessoas e outras não. No entanto, isso não impossibilita a realização da pesquisa com integridade (POLIT; BECK, 2011).

O estudo quase-experimental pode ser visto como uma alternativa às limitações encontradas nas pesquisas experimentais, pois pressupõe a inexistência ou o pouco controle sobre o contexto e as variáveis, assim como a impossibilidade de alocação aleatória dos sujeitos participantes do estudo. Contudo, nesse tipo de estudo pode-se obter uma validade interna tão forte quanto no estudo experimental (MINAYO, 2005). Segundo Gray (2012), um dos pontos fortes do quase experimento é que ele também permite sustentar inferências causais.

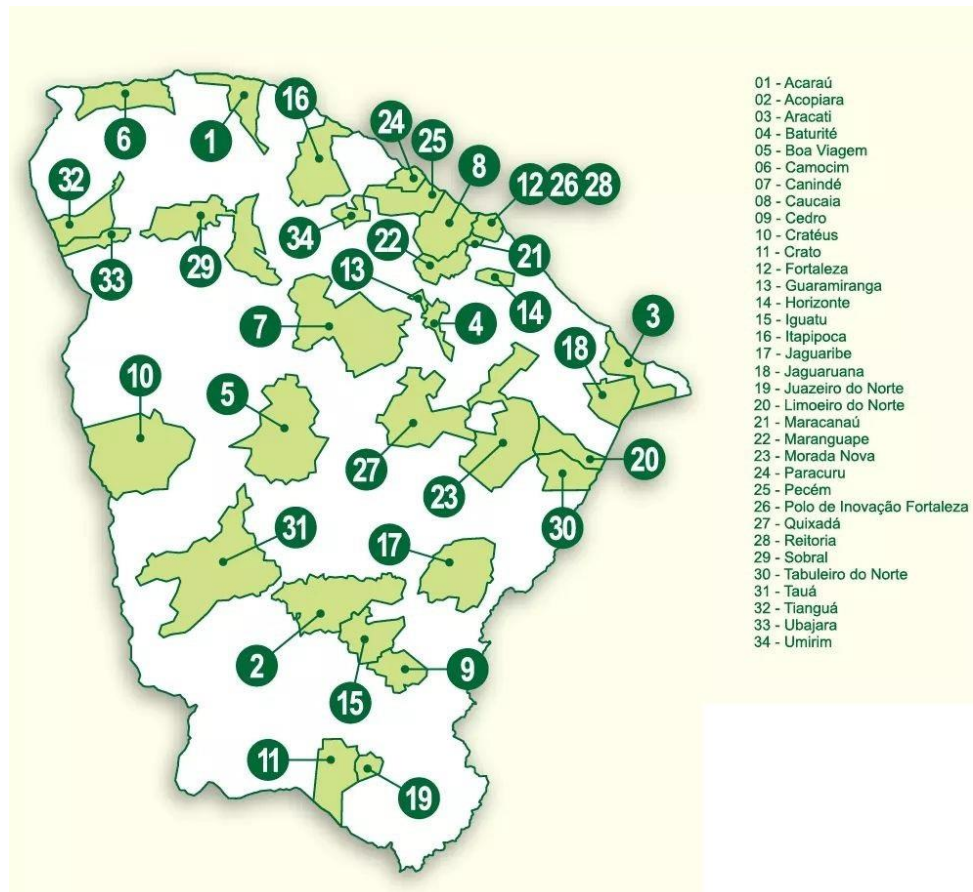
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), *Campus Aracati*, no período de maio a setembro de 2018.

O IFCE é uma instituição vinculada ao Ministério da Educação que foi criada em 2008 a partir da integração entre o Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará (CEFET) e as Escolas Agrotécnicas Federais dos municípios de Crato e Iguatu. A instituição está presente em todas as regiões do Estado, contando atualmente com 34 unidades, seguindo a meta do programa de expansão da rede federal de educação profissional e tecnológica, com o propósito de estimular

o crescimento socioeconômico de cada região e prevenir o êxodo de jovens estudantes para a capital (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição dos *campi* do IFCE no Ceará



Fonte: Departamento de Comunicação Social do IFCE.

No instituto, são ofertados cursos regulares de formação técnica e tecnológica, nas modalidades presenciais e a distância, além de cursos superiores tecnológicos, licenciaturas, bacharelados e cursos de pós-graduação, mais precisamente especialização e mestrado. É equiparado às universidades federais e tem forte atuação nas áreas de pesquisa e extensão.

Localizado a 137 km da capital Fortaleza, o *Campus* Aracati oferta cursos técnicos (concomitante e integrado), superiores (bacharelado, licenciatura e tecnologia) e cursos de Formação Inicial e Continuada de Trabalhadores (FIC). Neste Centro, são disponibilizados, atualmente, nove cursos: quatro de nível superior e cinco de nível técnico. Nos cursos superiores, os estudantes ingressam a partir dos 16-17 anos de idade e podem cursar o técnico nas modalidades integrado

ou concomitante, ou seja, ainda durante o ensino médio. Dessa forma, o público alvo da instituição é formado em grande parte por adolescentes e jovens, considerando a faixa etária entre 10 e 24 anos (BRASIL, 2010).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é composta pelos adolescentes, de ambos os sexos, do IFCE - Campus Aracati. No semestre letivo 2018.1, período em que ocorreu a coleta de dados, a população correspondia a 393 adolescentes, sendo adotado o conceito de adolescência definido pela OMS, que compreende a faixa etária entre os 10 e 19 anos.

A amostra foi constituída pelos adolescentes que atenderam a seguinte critério de inclusão: estar regularmente matriculado em curso técnico integrado disponibilizado pela instituição. Ressalta-se que o grupo de adolescentes que compôs a amostra compreende a faixa etária entre 14 e 19 anos, pois estes só podem ingressar na instituição após iniciar o ensino médio. Optou-se por realizar o estudo nas turmas de curso técnico integrado, por estas serem compostas quase em sua totalidade por adolescentes na faixa etária descrita anteriormente.

Destacou-se como critério de exclusão: adolescentes com dificuldades aparentes que inviabilizassem a comunicação e as respostas ao instrumento. Além disso, por se tratar de pesquisa de acompanhamento, foram adotados ainda como critérios de descontinuidade: os adolescentes que decidiram não participar mais do estudo após o início da coleta de dados ou não estavam presentes no dia da reaplicação do questionário e os que desistiram do curso no IFCE no intervalo da pesquisa.

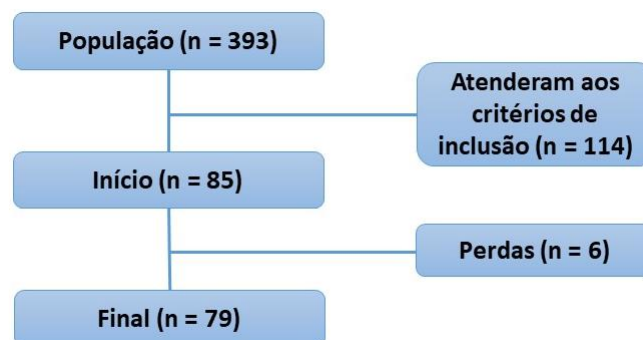
A amostra foi dimensionada para proporcionar um poder de 90% para demonstrar o benefício da intervenção com o jogo educativo, ao nível de significância de 5%, considerando-se o aumento do conhecimento sobre contracepção entre os adolescentes uma medida da efetividade do jogo, definido como desfecho primário. Para tanto, estabeleceu-se que deveria ser detectado um aumento de pelo menos 1 ponto no valor do escore total do questionário medido antes e 30 dias após a intervenção, considerando um desvio padrão de 3,07 pontos, conforme estudo prévio (ALVES; LOPES, 2008). Calculou-se, então, o tamanho da amostra conforme a seguinte fórmula:

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{\alpha} + z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

Onde δ e σ são iguais à média e ao desvio padrão, respectivamente, da diferença entre o escore total verificado pelo questionário antes e após a aplicação do jogo e z_{α} e $z_{1-\beta}$ correspondem ao valor da variável normal padronizada (z) associada, respectivamente, ao nível de significância (5%; $z=1,96$) e ao poder do estudo (90%; $z=1,28$) adotados. Assim, para satisfazer os requisitos anteriormente descritos, o tamanho da amostra foi calculado em 80 participantes. Adicionando um percentual de segurança de 5% para eventuais perdas, estabeleceu-se um total de 84 participantes.

Da população total de adolescentes do IFCE Aracati, 114 atenderam ao critério de inclusão. Em seguida, a seleção da amostra se deu por conveniência, sendo inicialmente composta por 85 adolescentes, que estavam presentes em sala de aula no início da coleta de dados. No decorrer do estudo, houveram seis perdas decorrentes de ausências durante a aplicação do pós-teste, conforme os critérios de descontinuidade mencionados anteriormente. Após a coleta, a amostra final ficou em 79 participantes, como mostra a Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma com a amostra do estudo



Fonte: Elaborada pela autora.

4.4 ETAPAS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, a saber: revisão sistemática da literatura sobre a temática e a intervenção com a tecnologia educativa, tendo a aplicação de questionário antes e depois desse procedimento.

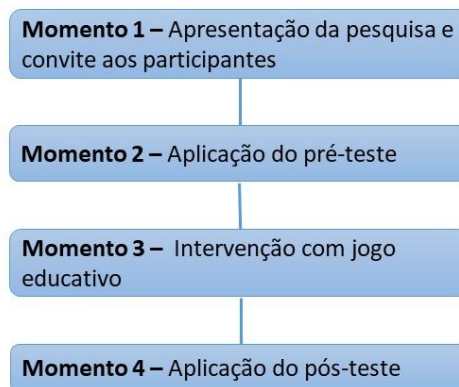
4.4.1 Revisão sistemática da literatura

Antes do desenvolvimento do quase-experimento e com a finalidade de trazer um maior embasamento para a presente pesquisa, foi realizada uma revisão sistemática da literatura intitulada “*Efetividade de intervenções educativas sobre contracepção na adolescência: revisão sistemática da literatura*”, com o objetivo de reunir as melhores evidências de estudos que avaliaram intervenções sobre a temática. Esta deu origem a um artigo de revisão, que foi submetido e aceito para publicação na Revista Eletrônica de Enfermagem.

4.4.2 Intervenção com a tecnologia educativa

Nesta etapa, foi desenvolvido o estudo quase experimental com modelo antes e depois com um único grupo. A coleta de dados foi realizada nas salas de aulas, durante os horários regulares de aula, após acordo prévio com o coordenador do curso e os professores, em quatro momentos distintos, descritos na Figura 3.

Figura 3 – Fluxograma com as fases do estudo



Fonte: Elaborada pela autora.

No primeiro momento, a pesquisa e seus objetivos foram apresentados e os adolescentes foram convidados a participar, recebendo os termos de assentimento e consentimento. O segundo momento constou do recebimento dos termos assinados e posterior aplicação do questionário pré-teste. O terceiro foi a realização da intervenção educativa. E por fim, no quarto momento, foi aplicado o pós-teste.

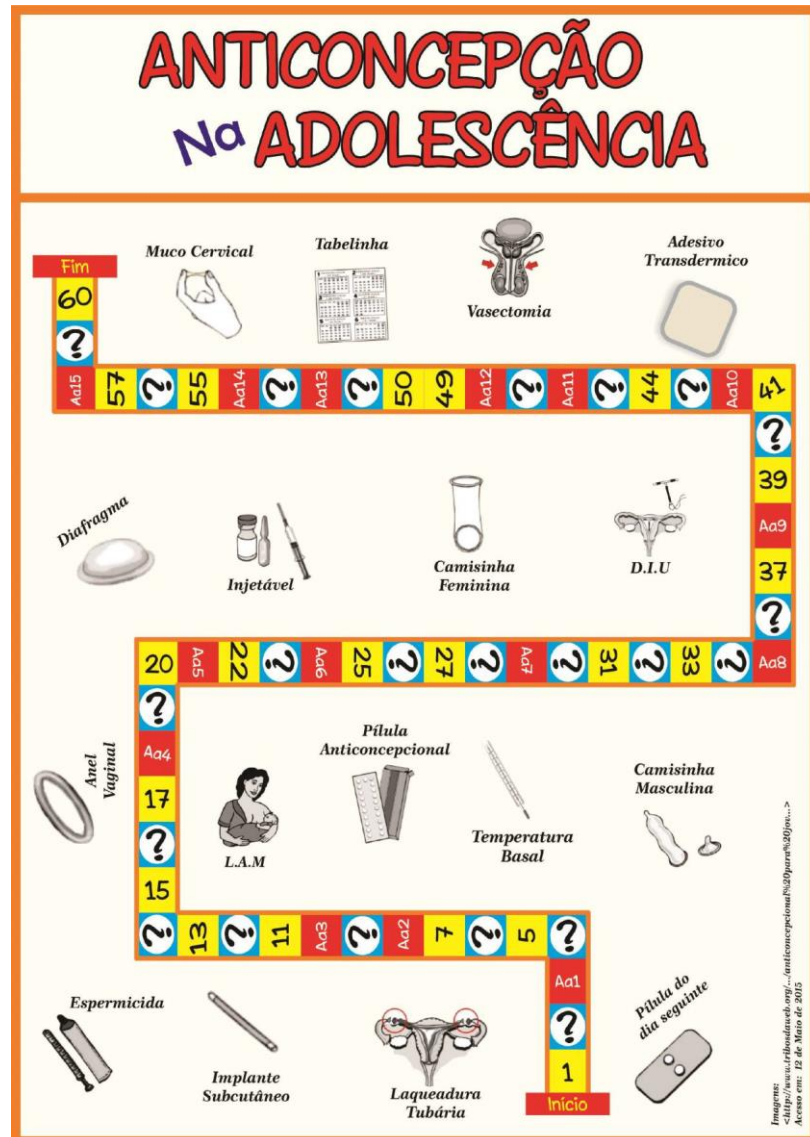
O pré-teste foi aplicado antes da intervenção, por meio de um questionário semiestruturado, desenvolvido e validado por Costa (2013), a fim de avaliar o conhecimento e a atitude prévios dos adolescentes sobre os métodos contraceptivos.

Em seguida, deu-se início à intervenção propriamente dita, sendo realizada pela própria pesquisadora. Foi utilizado o jogo educativo “Anticoncepção na Adolescência”, produzido por Vieira (2016). Ressalta-se que foi solicitada, previamente, a autorização da autora para o seu uso e foi concedida em acordo com a orientadora.

O jogo foi aplicado seis vezes, em grupos que variaram de 12 a 16 adolescentes. Estes foram divididos em duas equipes, conforme as regras do jogo, que foram lidas antes do início de cada partida. O tabuleiro foi disposto no chão da sala e os adolescentes ficaram ao seu redor, cada equipe de um lado. A pesquisadora atuou como mediadora, reforçando as regras, orientando e retirando as dúvidas. As partidas terminaram com a vitória de uma das equipes.

A referida tecnologia se trata de um jogo de tabuleiro, construído a partir de um levantamento da literatura científica sobre a temática e da aproximação com a população alvo, a fim de identificar as lacunas no conhecimento dos adolescentes acerca da contracepção (Figura 4). É uma tecnologia educativa simples, que objetiva proporcionar interação, construção de conhecimentos e o despertar de novas opiniões e atitudes a respeito da contracepção (VIEIRA, 2016).

Figura 4 – Tabuleiro do jogo “Anticoncepção na Adolescência”



Fonte: Vieira, 2016.

O jogo é voltado, preferencialmente, para adolescentes de 10 a 14 anos, mas pode ser estendido também para a faixa etária seguinte (15 a 19 anos), por tratar de um tema que perpassa todas as fases da adolescência. É composto por um tabuleiro com 60 casas, 42 cartões com perguntas, 15 cartões com informações sobre anticoncepção e materiais acessórios (dado e peões) (VIEIRA, 2016).

Após a construção do jogo, este foi validado junto a treze especialistas da área, com Índice de Validade de Conteúdo (IVC) > 0,78, após a realização das devidas modificações sugeridas pelos juízes. Por fim, o jogo foi considerado

instrutivo, informativo e fácil de aplicar, favorecendo, portanto, a educação e a promoção da saúde sexual do adolescente (VIEIRA, 2016).

Para Mariano et al. (2013), a utilização de jogos como ferramenta para a educação em saúde constitui uma estratégia capaz de gerar novas atitudes de prevenção entre os adolescentes, permitindo a comunicação, expressão e reflexão em torno das temáticas trabalhadas e transformando o processo educativo em uma prática libertadora.

Nessa proposta, após a intervenção com o jogo educativo, foi realizado o pós-teste, repetindo a aplicação do questionário, com o objetivo de avaliar o conhecimento e a atitude adquiridos pelos adolescentes nessa etapa e, conseqüentemente, a efetividade da tecnologia empregada. Ressalta-se que o mesmo somente foi aplicado após um intervalo de 30 dias, a fim de evitar que possíveis resultados positivos fossem decorrentes da aplicação imediatamente após a intervenção.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa como pré e pós-teste foi desenvolvido e validado por Costa (2013) em sua tese de doutorado. Trata-se de um questionário dividido em três partes: a primeira sobre os dados gerais do adolescente; a segunda composta por questões referentes ao conhecimento sobre os métodos contraceptivos; e a terceira constituída de itens relacionados a atitudes sobre contracepção (ANEXO B).

Na primeira parte, constam dados referentes à caracterização sociodemográfica dos adolescentes e informações de práticas sexuais e contraceptivas, englobando as seguintes variáveis: sexo, idade, religião, escolaridade dos pais, métodos contraceptivos conhecidos, iniciação sexual, uso de métodos contraceptivos, ocorrência de gravidez, número de filhos e/ou abortos, fontes de informação sobre contracepção e repasse das informações recebidas para outras pessoas (COSTA, 2013).

A segunda parte é composta por 10 questões de múltipla escolha abordando os seguintes métodos contraceptivos: método Ogino-Knaus (tabelinha), método Billings (muco cervical), preservativo masculino, pílula anticoncepcional, hormonal injetável, contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte), Dispositivo

Intrauterino (DIU), laqueadura tubária e vasectomia. Cada questão traz cinco opções de resposta, sendo apenas uma verdadeira (COSTA, 2013).

A terceira parte, formada por uma escala tipo Likert, traz 14 itens referentes à maneira como os adolescentes encaram a contracepção em seu cotidiano, com cinco opções de resposta que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (COSTA, 2013).

O uso de questionários proporciona maior privacidade aos participantes da pesquisa, devido à ausência do entrevistador, o que favorece a obtenção de informações mais reais no que diz respeito a comportamentos não convencionais, como os ligados à temática do presente estudo (POLIT; BECK, 2011).

4.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados, utilizando o programa Excel versão 2013 e posteriormente processados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0.

Os dados referentes ao conhecimento dos adolescentes sobre contracepção foram analisados com base no somatório das 10 questões que compõem o bloco de conhecimento do instrumento de coleta, em que cada questão respondida corretamente vale 1 ponto, podendo o nível de conhecimento de cada participante variar de “nenhum conhecimento” a “muito bom conhecimento”, conforme a escala de classificação de níveis de conhecimento, adaptada de Zernike e Henderson (1998), descrita no Quadro 1.

Quadro 1 - Escala de classificação de níveis de conhecimento

Nível de conhecimento	Nota	Critério
Nenhum conhecimento	1	Nenhuma resposta correta
Muito pouco conhecimento	2	1-2 respostas corretas
Pouco conhecimento	3	3-4 respostas corretas
Bom conhecimento	4	5-6 respostas corretas
Mais que bom conhecimento	5	7-8 respostas corretas
Muito bom conhecimento	6	9-10 respostas corretas

Fonte: Adaptado de Zernike e Henderson (1998).

Com relação à análise das atitudes dos adolescentes frente à contracepção, as respostas à escala tipo Likert foram categorizadas como atitudes favoráveis ou desfavoráveis. Foi considerado como atitude favorável: a discordância (discordo totalmente ou discordo parcialmente) com itens que apontam aspectos negativos da contracepção (itens 1 ao 9) ou a concordância (concordo totalmente ou concordo parcialmente) com itens que apontam aspectos positivos do uso dos métodos contraceptivos (itens 10 ao 14).

A análise exploratória dos dados se deu por meio da estatística descritiva, com frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão). A normalidade dos dados foi verificada utilizando o teste estatístico Kolmogorov-Smirnov, que indicou distribuição assimétrica das variáveis idade ($p < 0,001$), somatório de acertos no bloco de conhecimentos antes da intervenção ($p < 0,001$), somatório de acertos no bloco de conhecimentos depois da intervenção ($p = 0,003$) e diferença de acertos no bloco de conhecimento antes e depois da intervenção ($p = 0,005$).

A fim de avaliar a efetividade do jogo educativo utilizado na intervenção, foi realizada uma análise comparativa dos pré e pós-testes, como amostras pareadas, por meio dos testes não paramétricos de Wilcoxon e de McNemar, de forma a avaliar a diferença de conhecimento dos participantes antes e depois da intervenção. Além disso, utilizaram-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para verificar a associação entre as variáveis estudadas. As análises foram realizadas considerando um intervalo de confiança de 95% e um valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. Ressalta-se que se contou com o apoio de um profissional estatístico para a fase de análise dos dados obtidos.

Após a análise estatística dos dados, os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos e discutidos de acordo com a literatura pertinente ao tema.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos e legais foram respeitados, segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, por meio da Plataforma

Brasil, e aprovado sob parecer de nº 2. 528.626 (ANEXO C). Os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Assentimento (APÊNDICE B), por se tratarem de adolescentes, e os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando os adolescentes tinham idade inferior a 18 anos (APÊNDICE C). Em ambos os termos, foram esclarecidos os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e garantido o anonimato dos mesmos.

O estudo ofereceu riscos mínimos aos participantes, os quais estavam relacionados aos questionamentos acerca de seus hábitos sexuais e o conhecimento sobre a temática, podendo gerar constrangimentos e desconfortos. Estes foram minimizados ao ser providenciada privacidade adequada durante a resposta ao questionário, mantido o anonimato. Ressalta-se, ainda, que os benefícios superaram os riscos, visto que foi realizada uma intervenção educativa com o objetivo de melhorar o conhecimento no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Estes resultados podem contribuir com ações educativas que estimulam o autocuidado e a autonomia dos adolescentes na escolha de contraceptivos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em quatro categorias. Inicialmente, são apresentados os achados da revisão sistemática da literatura, seguida da caracterização sociodemográfica da população estudada e informações de práticas sexuais e contraceptivas. Logo após, estão descritos os dados sobre o conhecimento e a atitude dos adolescentes sobre contracepção antes da intervenção e por fim, a avaliação da efetividade da tecnologia educativa empregada, por meio da comparação dos dados iniciais (pré-teste) com os obtidos no pós-teste, após a intervenção educativa.

5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, norteadas pela seguinte questão: Qual a efetividade das intervenções educativas sobre a contracepção na adolescência? seguindo os sete passos estabelecidos pelo Instituto Cochrane: 1) formulação da pergunta, 2) localização e seleção dos estudos, 3) avaliação crítica dos estudos, 4) coleta de dados, 5) análise e apresentação dos dados, 6) interpretação dos dados e 7) aprimoramento e atualização da revisão (HIGGINS; GREEN, 2011).

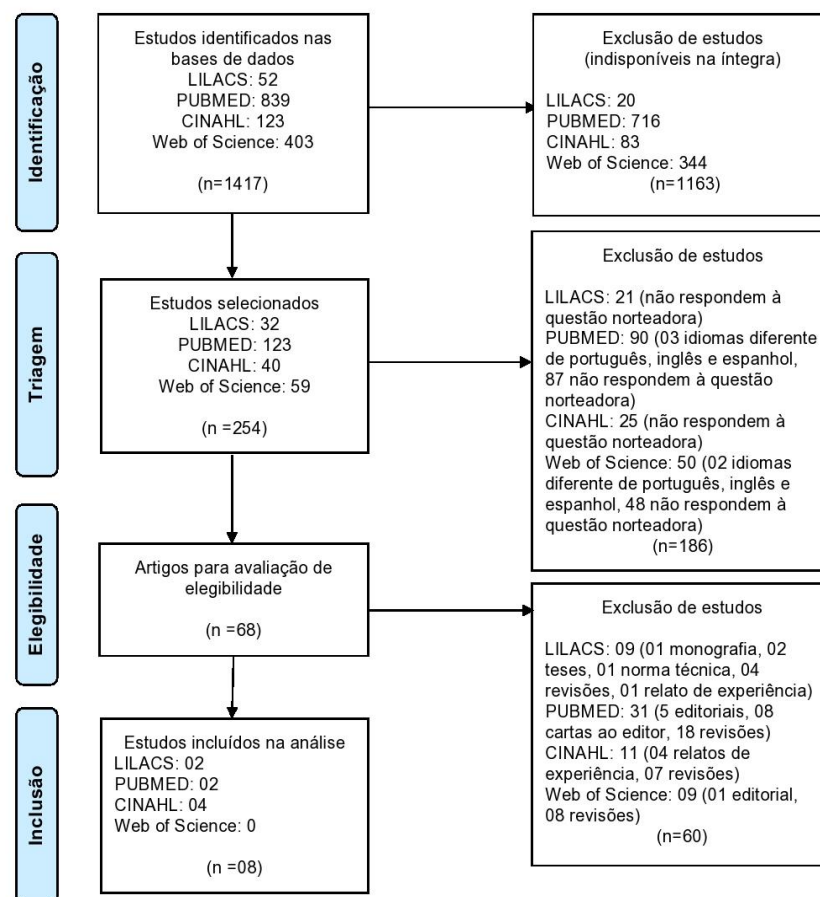
Dessa forma, realizou-se uma busca no período de setembro a outubro de 2017 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science* e *National Library of Medicine* (PubMed/Medline), utilizando os seguintes descritores controlados entrecruzados com o operador booleano AND: Educação em saúde / *Health Education*, Contracepção / *Contraception* e Adolescente / *Adolescent*, de acordo com a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed).

Adotou-se como critérios de inclusão: estudos que avaliem a efetividade/eficácia de intervenções educativas sobre contracepção na adolescência, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol; e de exclusão: publicações do tipo editorial, cartas ao editor, livros e/ou capítulos de livros, monografias, dissertações, teses, relatos de experiência, estudos de caso e de revisão. Ressalta-se que a busca não foi limitada por período de tempo, no intuito de

abranger o maior número de artigos possíveis, e aqueles encontrados em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez.

A busca inicial resultou em 1.417 artigos. Após a exclusão dos artigos indisponíveis (1.163), realizou-se a seleção por meio da leitura dos títulos e resumos e, quando necessário, dos textos na íntegra, para observar se os mesmos contemplavam a questão norteadora e os critérios estabelecidos. Após esta avaliação criteriosa, obteve-se uma amostra final de oito estudos. Foi utilizado o Instrumento PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*) para explicar a busca e a seleção dos artigos, conforme a Figura 5 (FUCHS; PAIM, 2010).

Figura 5 – Fluxograma de seleção dos estudos. Fortaleza-CE, 2017



Fonte: Elaborada pela autora.

Para registrar os dados dos artigos, foi utilizado um instrumento de coleta adaptado de Ursi (2005) e os artigos selecionados foram classificados de acordo com os níveis de evidência científica do Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs (JBI), a saber: Nível I: revisão sistemática contendo apenas ensaios clínicos controlados randomizados; Nível II: pelo menos um ensaio clínico controlado randomizado; Nível III 1: ensaios clínicos controlados bem delineados, sem randomização; Nível III 2: estudos de coorte bem delineados ou caso-controle, estudos analíticos, preferencialmente de mais de um centro ou grupo de pesquisa; Nível III 3: séries temporais múltiplas, com ou sem intervenção e resultados em experimentos não controlados e Nível IV: parecer de autoridades respeitadas, baseadas em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (KARINO; FELLI, 2012).

Ademais, para avaliar a qualidade metodológica dos estudos, aplicou-se a escala de qualidade de Jadad (1996), que se constitui de três itens relacionados, tendo duas opções de resposta: sim (1 ponto) ou não (zero). Os itens 1 e 2 recebem um ponto adicional caso o método de randomização e mascaramento sejam adequados. A pontuação da escala varia de 0 a 5, sendo considerados de má qualidade metodológica os estudos com pontuação inferior a 2.

O Quadro 2 apresenta a síntese dos estudos selecionados, segundo autoria, ano, país, nível de evidência, escala de Jadad (1996), objetivos, tipo de estudo, intervenção, amostra e resultados.

Quadro 2 – Apresentação da amostra de acordo com autoria, ano, país, nível de evidência, qualidade metodológica, objetivos, tipo de estudo/intervenção, amostra e resultados. Fortaleza-CE, 2017

(continua)

Autoria/ Ano/País Nível de evidência Escala de Jadad	Objetivos	Tipo de estudo Intervenção	Amostra	Resultados
Mora <i>et al.</i> 2011 Cuba Nível de Evidência: III 3 Escala de Jadad: 1	Melhorar o conhecimento dos adolescentes sobre aspectos da sexualidade, com enfoque nos métodos contraceptivos	Estudo de intervenção Intervenção educativa através de 3 encontros semanais, com o uso de meios audiovisuais demonstrativos.	n = 62 Idades: 11-19 anos	A atividade educativa contribuiu para a melhoria do conhecimento sobre contracepção na adolescência.

Quadro 2 – Apresentação da amostra de acordo com autoria, ano, país, nível de evidência, qualidade metodológica, objetivos, tipo de estudo/intervenção, amostra e resultados. Fortaleza-CE, 2017

(continuação)

Autoria/ Ano/País Nível de evidência Escala de Jadad	Objetivos	Tipo de estudo Intervenção	Amostra	Resultados
Hernández et al. 2010 Cuba Nível de Evidência: III 3 Escala de Jadad: 2	Incrementar o nível de conhecimento sobre contracepção nos adolescentes de uma escola secundária básica.	Estudo de intervenção (com randomização) Intervenção educativa através de quatro módulos que continham diferentes técnicas participativas.	n = 136 Idades: não menciona (apenas adolescentes)	A realização da intervenção mostrou a utilidade do estudo ao permitir um aumento do nível de conhecimento sobre contracepção em 57,3% dos adolescentes.
Sieving et al. 2012 EUA Nível de Evidência: II Escala de Jadad: 3	Examinar comportamentos de risco sexual e mediadores psicossociais após 12 meses da intervenção com o programa <i>Prime Time</i> .	ECR Programa <i>Prime Time</i> , que consiste numa intervenção combinada de manejo individual de casos e educação liderada pelos pares.	n = 239 (sexo feminino) Idades: 13-17 anos	O grupo intervenção relatou um uso mais consistente de preservativos, contracepção hormonal e métodos contraceptivos combinados (dupla proteção) do que o grupo controle.
Pérez et al. 2005 Espanha Nível de Evidência: III 1 Escala de Jadad: 1	Avaliar o resultado de uma intervenção educativa para prevenir gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST) em adolescentes.	Quase-experimental A intervenção se baseou na organização de um concurso publicitário (imprensa, rádio e televisão) que deviam ser elaborados pelos próprios estudantes e tutelados por um professor.	n = 197 Idades: 14-18 anos	Após 6 meses de intervenção, houve melhora significativa no conhecimento da capacidade preventiva do preservativo frente às IST/AIDS (de 95,8% para 99,5%) e no uso correto do preservativo (de 62,1% para 73,5%).
Gaughran M, Asgary R. 2014 Quênia Nível de Evidência: III 3 Escala de Jadad: 1	Avaliar a eficácia de um currículo abrangente sobre saúde reprodutiva com foco na prevenção de IST e gravidez na adolescência.	Estudo de intervenção Implementação de um currículo de saúde reprodutiva de 6 semanas, que incluiu sessões didáticas, jogos educacionais e discussões abertas.	n = 42 (sexo feminino) Idades: 13-19 anos	Observou-se melhora nos domínios educacionais: conhecimento sobre HIV/AIDS (de 85% para 94%), conhecimento sobre gravidez na adolescência e IST (de 57% para 82%) e na pontuação geral de conhecimento, atitude e autoeficácia (de 81% para 90%).

Quadro 2 – Apresentação da amostra de acordo com autoria, ano, país, nível de evidência, qualidade metodológica, objetivos, tipo de estudo/intervenção, amostra e resultados. Fortaleza-CE, 2017

(conclusão)

Autoria/ Ano/País Nível de evidência Escala de Jadad	Objetivos	Tipo de estudo Intervenção	Amostra	Resultados
Zimmerman et al. 2008 EUA Nível de Evidência: III 1 Escala de Jadad: 2	Avaliar se adaptando um currículo escolar bem-sucedido melhora a eficácia dos adolescentes na promoção de comportamentos sexuais seguros para prevenção de gravidez e IST.	Quase-experimental Duas intervenções: Currículo escolar de Redução de Risco original e modificado.	n = 1.944 Idades: 13-19 anos	As análises revelam que não houve diferença significativa entre os grupos curriculares em qualquer uma das variáveis do estudo. No entanto, os resultados sugerem que os estudantes do currículo modificado foram menos prováveis de iniciarem a vida sexual durante a nona série.
Barnet et al. 2009 EUA Nível de Evidência: II Escala de Jadad: 3	Avaliar a eficácia de uma intervenção motivacional assistida por computador (CAMI) na prevenção de repetição rápida de nascimento em mães adolescentes.	ECR Intervenção Motivacional Assistida por Computador (CAMI).	n = 235 (sexo feminino) Idades: 12-19 anos.	Receber 2 ou mais sessões de CAMI, sozinho ou dentro de uma intervenção domiciliar, reduziu o risco de nascimento recorrente em mães adolescentes.
O'Donnell et al. 1999 EUA Nível de Evidência: II Escala de Jadad: 3	Avaliar a eficácia de um programa que inclui um currículo escolar de alcance para a saúde associado a um serviço comunitário para jovens na redução de comportamentos sexuais de risco entre adolescentes.	ECR Duas intervenções: Currículo escolar modificado de alcance para a saúde e o currículo modificado associado ao serviço comunitário para jovens, que proporcionam aos estudantes experiências em serviços que atendem a comunidade, explorando suas habilidades sociais e comportamentos	n = 1.061 Idades: 12 e 13 anos (adolescentes do 7º e 8º ano).	Os resultados mostraram uma redução de 15,9% na ocorrência de sexo sem uso de preservativo e de 8,4% de sexo sem controle de natalidade (uso de outros contraceptivos) no grupo intervenção que recebeu o currículo modificado associado ao serviço comunitário para jovens, enquanto houve um discreto aumento em ambos indicadores no grupo controle.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à caracterização dos estudos, seis (75%) foram realizados nas Américas, sendo que mais da metade destes foram nos Estados Unidos da América (EUA). Os demais foram desenvolvidos no continente africano e na Europa. Ressalta-se que nenhum estudo realizado no Brasil foi incluído na amostra, por não atenderem aos critérios estabelecidos. Já em relação à qualidade metodológica, apenas três estudos (37,5%) foram classificados como de má qualidade metodológica (JADAD et al., 1996). O tamanho amostral dos estudos variou de 42 a 1.944 participantes, perfazendo um total de 3.916 pessoas estudadas. No que concerne às idades dos sujeitos das pesquisas, estas variaram entre 10 e 19 anos, e três estudos foram realizados apenas com adolescentes do sexo feminino.

Os resultados mostram que variadas formas de intervenção têm sido utilizadas nas práticas de educação em saúde destinadas ao público adolescente, bem como distintas maneiras de avaliá-las. Da amostra, três estudos realizaram intervenções educativas divididas em sessões grupais, incluindo diferentes técnicas participativas, como palestras, meios audiovisuais, jogos, entre outras (MORA et al., 2011; HERNÁNDEZ et al., 2010; GAUGHRAN; ASGARY, 2014). Outro estudo realizou intervenções por meio de campanhas publicitárias utilizando como recurso o rádio, a TV, mídias impressas e distribuição de materiais (PÉREZ et al., 2005).

É consenso na literatura que as práticas educativas na adolescência devem ser dinâmicas e interativas, através de metodologias participativas, de forma a permitir a comunicação e a expressão dos adolescentes e, por conseguinte, uma maior eficácia no processo ensino-aprendizagem (FERREIRA et al., 2017; MARIANO et al., 2013; FARIAS et al., 2015).

Alguns estudos avaliaram o nível de conhecimento dos adolescentes referente aos métodos contraceptivos. Um deles mostrou que os métodos mais conhecidos antes da intervenção eram o preservativo masculino, a pílula anticoncepcional oral e o dispositivo intrauterino (DIU) e após a intervenção os adolescentes passaram a conhecer também o anticoncepcional injetável (100%) e outros métodos (27,4%) (MORA et al., 2011). O outro classificou o conhecimento dos adolescentes em três estágios (bom, regular e mal), revelando um aumento de 47% na categoria de bom conhecimento (HERNÁNDEZ et al., 2010).

Em contrapartida, outros pesquisadores analisaram além do conhecimento, as atitudes e a autoeficácia dos adolescentes no uso de contraceptivos, evidenciando, após a intervenção de seis semanas, um aumento de

9% no conhecimento sobre HIV/AIDS e de 25% sobre as demais IST e gravidez na adolescência, bem como um aumento de 9% na pontuação geral de conhecimento, atitude e autoeficácia (GAUGHRAN; ASGARY, 2014). O conceito de autoeficácia vem sendo bastante utilizado nas pesquisas da área da saúde, pois diz respeito a uma crença que pode ser modificada e encorajada nas ações de promoção e educação em saúde, com o intuito de propiciar aos indivíduos, além de conhecimentos, a capacidade e segurança de manter comportamentos e hábitos de vida saudáveis como rotina (UCHOA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2017).

Um quase-experimento realizado na Espanha analisou o conhecimento de adolescentes escolares sobre o preservativo masculino e o uso correto deste método após um concurso de mensagens publicitárias, por meio da imprensa, rádio e televisão, obtendo um aumento significativo de 95,8% para 99,5% no conhecimento sobre a capacidade preventiva do preservativo e um aumento de 62,1% para 73,5% no uso correto do mesmo (PÉREZ et al., 2005).

Outro estudo abordou a implantação de programas comunitários, incluindo a educação por pares no contexto sociocultural em que os adolescentes estão inseridos, e revelou uso mais consistente do preservativo, do anticoncepcional hormonal e da dupla proteção no grupo intervenção, sem efeito significativo na diminuição do número de parceiros sexuais (SIEVING et al., 2011). Pesquisas que trazem intervenções de educação em saúde sexual e reprodutiva lideradas pelos pares são cada vez mais relatadas na literatura, pois favorecem a troca de conhecimentos e experiências entre pessoas da mesma faixa etária e contexto social, estimulando o protagonismo juvenil e a socialização de saberes (SANTOS; MURTA, 2016; SANTOS et al., 2017).

Dentre os estudos que realizaram intervenções educativas por meio da inclusão de currículos escolares modificados sobre saúde sexual e reprodutiva, o primeiro mostrou resultados pouco significativos no que diz respeito a mudanças no conhecimento, atitudes, comportamentos e autoeficácia dos adolescentes, enquanto no segundo houve diminuição no grupo intervenção de 15,9% e 8,4% na ocorrência de sexo sem preservativo e outros métodos contraceptivos, respectivamente, em comparação com um aumento de 3% e 9% nos mesmos indicadores do grupo controle (ZIMMERMAN et al., 2008; O'DONNELL et al., 1999).

Embora as políticas educacionais brasileiras recomendem a discussão sobre sexualidade de forma transversal nas instituições de ensino, por meio da

inclusão do tema nos currículos escolares, são observadas controvérsias entre o ideal e o real, motivada, possivelmente, pela falta de experiência e capacitação dos professores sobre a temática (CHAVEIRO et al., 2015; RUFINO et al., 2013).

Por fim, o último estudo realizou uma intervenção assistida por computador, agregando uma tecnologia dura ao cuidado educativo. Foi o único estudo realizado com mães adolescentes, com o objetivo de prevenir a recorrência de gravidez nessa população, e mostrou que as adolescentes que participaram da Intervenção Motivacional Assistida por Computador (CAMI) associada à intervenção domiciliar apresentaram um risco significativo menor (13,8%) de um nascimento subsequente que as que receberam apenas a CAMI (17,2%) e as que não receberam nenhuma intervenção (grupo controle) (25%) (BARNET et al., 2009).

Observa-se que as intervenções foram realizadas nos mais diversos cenários, como escolas, clínicas comunitárias, Organizações Não-Governamentais e domicílio. Numa revisão sistemática que analisou a eficácia de intervenções de educação sexual nas escolas observou-se melhora significativa em nível de conhecimento, atitudes e comportamentos dos adolescentes em mais de 80% da amostra, evidenciando a relevância de atuação neste cenário (FLORA et al., 2013).

Quase a totalidade dos estudos analisados (87,5%) avaliou a efetividade das intervenções educativas por meio de questionário aplicado em pelo menos dois momentos, antes e após a realização da intervenção. Porém, o tempo de duração da intervenção variou de quatro semanas a três anos. Percebe-se que as avaliações realizadas em longo prazo permitem, além de investigar o conhecimento adquirido, avaliar de forma mais consistente a mudança de comportamentos dos indivíduos.

Nota-se, portanto, uma heterogeneidade na amostra no que diz respeito ao tipo de intervenção, ao cenário onde foi realizada, ao tempo de duração e aos desfechos analisados. Apesar da dificuldade em comparar os achados dos estudos entre si devido a essa heterogeneidade, todos apresentaram algum efeito positivo nos desfechos encontrados, caracterizando a efetividade das intervenções educativas, exceto em uma investigação (ZIMMERMAN et al., 2008).

Desse modo, por meio da implementação de estratégias educativas e a consequente avaliação de sua efetividade, é possível mudar paradigmas no processo de educação para a saúde, exigindo cada vez mais criatividade e audácia por parte dos profissionais, de forma a se apropriar de instrumentos inovadores que

permitam atingir de forma efetiva a população-alvo, proporcionando reflexão e mudança de prática (HERNÁNDEZ et al., 2012).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra inicial do estudo foi composta por 85 adolescentes, cuja caracterização sociodemográfica encontra-se descrita na tabela 1. Houve predomínio de adolescentes do sexo feminino (54,1%), na faixa etária entre 16 e 17 anos (50,6%) e idade média de 16,34 anos, com grau de escolaridade materna (55,3%) e paterna (57,7%) predominantemente até o ensino básico e religião católica (58,8%).

Tabela 1 – Distribuição dos adolescentes segundo a caracterização sociodemográfica. Aracati-CE, 2018

(continua)

Variáveis	n	%	ME \pm DP
Sexo			
Feminino	46	54,1	
Masculino	39	45,9	
Idade			16,34 \pm 1,175
14-15 anos	26	30,6	
16-17 anos	43	50,6	
18-19 anos	16	18,8	
Escolaridade materna			
Analfabeto	2	2,4	
Fundamental	20	23,5	
Médio	25	29,4	
Superior	27	31,8	
Não sabe	11	12,9	
Escolaridade paterna			
Analfabeto	5	5,9	
Fundamental	23	27,1	
Médio	21	24,7	
Superior	15	17,6	
Não sabe	21	24,7	

Tabela 1 – Distribuição dos adolescentes segundo a caracterização sociodemográfica. Aracati-CE, 2018

Variáveis	n	%	(conclusão)
			ME \pm DP
Religião			
Católica	50	58,8	
Evangélica	28	32,9	
Sem religião	7	8,2	

ME; média. DP; desvio-padrão.
Fonte: elaborada pela autora.

Na tabela 2, estão os dados referentes às práticas sexuais e contraceptivas. Quase a totalidade dos adolescentes (97,6%) citou pelo menos um método contraceptivo conhecido. No entanto, apenas 21,2% já iniciaram a vida sexual. Desses, a maioria (77,8%) já fez uso da contracepção em alguma relação sexual e nenhum relatou ocorrência de gravidez. Em relação à informação sobre contracepção, 80% dos adolescentes referiu já ter conversado com alguém sobre o assunto, enquanto pouco mais da metade (51,8%) já aconselhou alguém a usar algum tipo de método contraceptivo.

Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes segundo as informações de práticas sexuais e contraceptivas. Aracati-CE, 2018

Variáveis	n	%	(continua)
Conhece os Métodos Contraceptivos (n=85)			
Sim	83	97,6	
Não	2	2,4	
Iniciação sexual (n=85)			
Sim	18	21,2	
Não	67	78,8	
Uso de contracepção (n=18)			
Sim	14	77,8	
Não	4	22,2	

Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes segundo as informações de práticas sexuais e contraceptivas. Aracati-CE, 2018

Variáveis	(conclusão)	
	n	%
Ocorrência de gravidez (n=18)		
Sim	-	-
Não	18	100,0
Informação sobre contracepção (n=85)		
Sim	68	80,0
Não	17	20,0
Aconselhamento sobre contracepção (n=85)		
Sim	44	51,8
Não	41	48,2

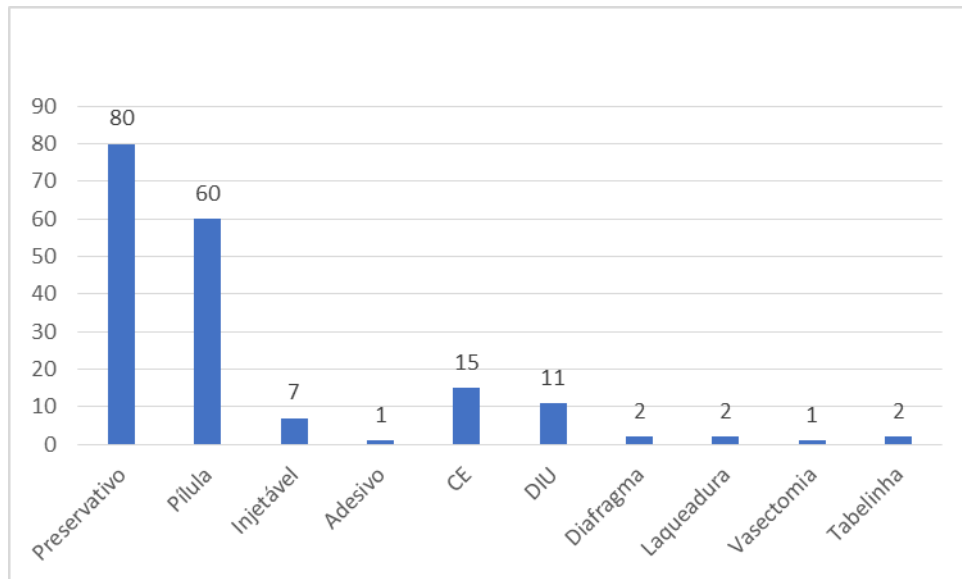
Fonte: elaborada pela autora.

O Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), do tipo transversal, nacional de base escolar, realizado entre 2013 e 2014, revelou que 28,1% dos adolescentes brasileiros tinham iniciado a vida sexual e 82,3% destes fizeram uso de métodos contraceptivos na última relação sexual (BORGES et al., 2016). Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Vieira et al. (2016) e Priotto et al. (2018), com prevalências de iniciação sexual em 26,7% e 35% dos adolescentes e uso de métodos contraceptivos em 87,5% e 81,6% dos casos, respectivamente.

Em relação aos métodos contraceptivos usados pelos adolescentes com vida sexual ativa, destaca-se o preservativo (77,7%), sendo citado também o contraceptivo de emergência (27,8%) e o hormonal injetável (5,5%). Já o método contraceptivo que eles mais aconselharam aos amigos também foi o preservativo (88,6%) e em menor percentual o contraceptivo oral (34%) e o de emergência (4,5%).

Os métodos contraceptivos mais conhecidos pelos adolescentes encontram-se no gráfico 1.

**Gráfico 1 – Métodos contraceptivos conhecidos pelos adolescentes
(n=181*). Aracati-CE, 2018**



*n superior ao tamanho da amostra, devido os participantes citarem mais de um método conhecido.

CE; contraceptivo de emergência. DIU; dispositivo intrauterino.

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que os métodos de barreira e hormonais são os mais citados, com ênfase no preservativo (44,1%) e no contraceptivo oral (33,1%). Corroborando o presente estudo, dados de pesquisas realizadas em diversos estados brasileiros revelaram que o preservativo masculino e o contraceptivo oral são os métodos mais conhecidos pelos adolescentes (ABTIBOL et al., 2015; CANO et al., 2015; MIRANDA et al., 2016; ZANINI et al., 2017; RAMOS et al., 2018), sendo o primeiro o mais utilizado (MOLINA et al., 2015; VIEIRA et al., 2016; RAMOS et al., 2018).

Em contrapartida, o estudo de Almeida et al. (2017) identificou que o contraceptivo oral é mais utilizado pelas adolescentes (61,5%) que o preservativo (38,4%). Acredita-se que, de maneira geral, o preservativo e o contraceptivo oral sejam os métodos mais conhecidos e utilizados pela população adolescente, em virtude das campanhas educativas promovidas anualmente pelo Ministério da Saúde, além de serem os principais métodos ofertados gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde.

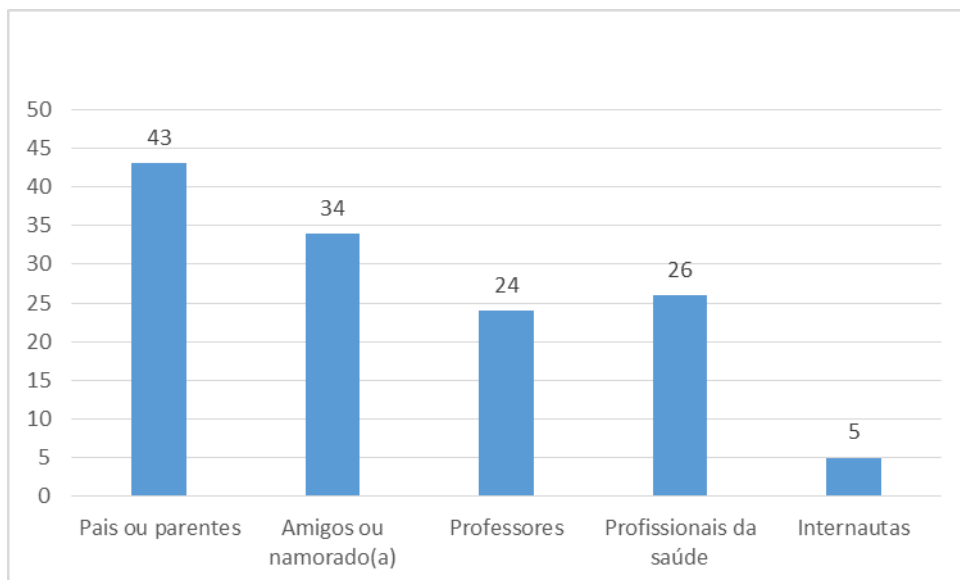
Ao contrário dos métodos comportamentais e definitivos, o DIU é um método contraceptivo reversível de longa duração, que se apresenta como uma opção viável e recomendada para as adolescentes, por ser um método de fácil

utilização, efetivo, que não interfere nas relações sexuais e não requer a participação do parceiro e cuja eficácia não depende da usuária (LUBIANCA, 2016).

A OMS apoia o uso de DIU por adolescentes a partir da menarca, fornecendo critério de elegibilidade 2 para o uso de contraceptivos, no qual os benefícios são considerados superiores aos riscos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Nesse sentido, seu uso deve ser estimulado pelos profissionais da saúde, visto que as adolescentes necessitam de contracepção por longos períodos, com altas taxas de continuidade, pois são sexualmente ativas e estão muito distantes da idade em que pretende ter filhos, o que pode contribuir para a redução das taxas de gravidez indesejada na adolescência (LUBIANCA, 2016).

No que diz respeito às fontes de informação sobre contracepção, os adolescentes referiram principalmente os pais ou parentes (32,5%) e os amigos ou namorado(a) (25,7%), conforme mostra o gráfico 2.

Gráfico 2 – Fontes de informação sobre contracepção (n=132*).
Aracati-CE, 2018



*n superior ao tamanho da amostra, devido os participantes citarem mais de uma fonte de comunicação.

Fonte: elaborado pela autora.

Com relação às fontes de informação dos adolescentes sobre métodos contraceptivos, as literaturas são diversas; alguns estudos destacam a família como a principal fonte de informação (ZANINI et al., 2017; RAMOS et al., 2018), outros enfatizam a escola (ABTIBOL et al., 2015; CANO et al., 2015) e a internet e amigos (VIEIRA et al., 2016). No entanto, é consenso que todos têm papel importante na orientação deste público no que concerne à educação sexual. Ressalta-se, ainda, a relevância da atuação dos profissionais da saúde nessa casuística, apesar de pouco citados nos estudos como as principais fontes de informação sobre a temática.

Vale salientar que é uma necessidade para quem trabalha com este público, essencialmente na atenção básica e no Programa Saúde na Escola (PSE), que destaca como temática no componente II - saúde sexual e reprodutiva - a ser explorada no ambiente da escola. Assim, os profissionais devem capacitar-se para abordar as diversas questões que envolvem a sexualidade humana e atuarem conjuntamente com escola e comunidade na promoção de comportamentos saudáveis, por meio da reflexão e estímulo à autonomia dos adolescentes para o autocuidado.

No presente estudo, foi verificado um elevado percentual de adolescentes que ainda não iniciaram a vida sexual, o que reitera a relevância de se abordar tal temática na escola, em parceria com os demais setores envolvidos, a fim de promover a sexualidade segura nessa população, por meio da informação qualificada, para que estes possam exercê-la com responsabilidade desde o início.

5.3 CONHECIMENTO E ATITUDE DOS ADOLESCENTES SOBRE CONTRACEPÇÃO ANTES DA INTERVENÇÃO

Esta categoria descreve o apreendido com os adolescentes antes da intervenção com o jogo educativo “Anticoncepção na Adolescência”, observando-se previamente o conhecimento e a atitude dos adolescentes sobre a temática. Os resultados referentes ao conhecimento estão expostos na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos acertos no bloco de conhecimentos sobre contracepção antes da intervenção (n=85). Aracati-CE, 2018

Questões	n	%
1. O mais importante para usar corretamente a tabelinha é ter o ciclo menstrual regular.	27	31,8
2. Pelo método do muco cervical é possível saber os dias do período fértil porque a vagina fica mais molhada antes e durante a ovulação.	14	16,5
3. O preservativo é considerado o único método para prevenção de gravidez que oferece dupla proteção porque protege contra IST e gravidez.	59	69,4
4. Se o preservativo for usado corretamente e em todas as relações é um método confiável.	71	83,5
5. A pílula anticoncepcional é capaz de evitar gravidez porque impede a ovulação.	46	54,1
6. O contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte) só deve ser usado quando não é possível usar outro método mais seguro.	33	38,8
7. A injeção que previne gravidez impede a ovulação.	27	31,8
8. O Dispositivo Intrauterino (DIU) é colocado dentro do útero para prevenir a gravidez por mais de um ano.	41	48,2
9. A laqueadura tubária deixa a mulher estéril.	34	40,0
10. A vasectomia é um método que retira os espermatozoides da ejaculação.	37	43,5

Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se que apenas três itens do questionário apresentaram percentual de acertos acima de 50%, sendo eles os itens 3 (69,4%), 4 (83,5) e 5 (54,1%). Esses resultados mostram que o maior conhecimento dos participantes se refere ao preservativo e ao contraceptivo oral, que foram os métodos mais citados como conhecidos pelos participantes inicialmente. Tal fato reforça que o conhecimento vai além de apenas saber citar os métodos contraceptivos existentes, mas a necessidade de se obter informações acerca do seu mecanismo de ação, modo correto de usar, indicações, vantagens e desvantagens, dentre outras. Além disso, o preservativo destacou-se como o método mais utilizado pelos adolescentes sexualmente ativos, o que evidencia que eles optam por utilizar o método que têm mais conhecimento.

Estudo realizado em Mato Grosso com o objetivo de analisar o conhecimento sobre métodos contraceptivos e seu uso entre adolescentes constatou que as questões que abordaram o preservativo tiveram o maior índice de acertos, corroborando os achados do presente estudo (MOLINA et al., 2015). Em

contrapartida, a pesquisa de Portela e Araújo (2013), que objetivou comparar o conhecimento e a prática sobre métodos contraceptivos entre estudantes adolescentes de escolas públicas e privadas no Estado do Maranhão, revelou um maior percentual de acertos nas questões referentes ao contraceptivo injetável, seguido do preservativo masculino.

Apesar de o preservativo ser o método mais conhecido pelos adolescentes e destes reconhecerem o seu uso como a principal forma de prevenir gravidez indesejada e IST em todas as relações sexuais, torna-se preocupante o fato dos adolescentes revelarem que assumem o risco de práticas sexuais desprotegidas em situações de parceria fixa, pessoa conhecida ou caso não tenham o preservativo disponível no momento da relação (OLIVEIRA et al., 2017).

Ao contrário do preservativo, o item que abordou o método do muco cervical (item 2) obteve o menor percentual de acertos (16,5%). Estudo desenvolvido em uma capital nordestina encontrou que os métodos contraceptivos comportamentais (tabelinha, coito interrompido, muco cervical) estão entre os menos conhecidos pelos adolescentes, visto que de 70 a 80% destes não sabem como utilizá-los (ABTIBOL et al., 2015).

Os métodos comportamentais são métodos que utilizam apenas do conhecimento sobre a fisiologia do corpo feminino para controlar a concepção. Apesar de pouco indicados para a população adolescente, em virtude de algumas características próprias dessa fase da vida, como a irregularidade menstrual, que diminuem a sua eficácia, os métodos comportamentais também devem ser apresentados e discutidos com os adolescentes, inclusive como forma de orientar a respeito da fisiologia reprodutiva, para que estes possam fazer escolhas embasadas e mais conscientes (PAES JUNIOR; VIEIRA, 2018).

A partir do somatório de acertos no bloco de conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, categorizou-se as respostas dos adolescentes em 6 níveis diferentes, com base na escala de níveis de conhecimento de Zernike e Henderson (1998), descrita na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição do conhecimento dos adolescentes sobre contracepção antes da intervenção, segundo a Escala de Classificação de Níveis de Conhecimento (n=85). Aracati-CE, 2018

Níveis de conhecimento	n	%
Nenhum conhecimento	1	1,2
Muito pouco conhecimento	11	12,9
Pouco conhecimento	35	41,2
Bom conhecimento	19	22,4
Mais que bom conhecimento	14	16,5
Muito bom conhecimento	5	5,9

Fonte: Adaptada de Zernike e Henderson (1998).

Percebe-se que a maior parte da amostra (55,3%) apresentou conhecimento deficiente sobre o tema, variando de nenhum a pouco conhecimento. De maneira semelhante, pesquisa desenvolvida em Cuba com o objetivo de aumentar o conhecimento de adolescentes sobre contracepção por meio de uma intervenção educativa, revelou que o nível de conhecimento prévio dos adolescentes foi considerado regular e ruim em 30,1% e 59,5% dos casos, respectivamente (HERNÁNDEZ et al., 2010).

A seguir, são apresentados os dados referentes às atitudes dos adolescentes frente à contracepção, a partir da aplicação da escala tipo likert compostas por 14 itens (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das atitudes favoráveis dos adolescentes sobre contracepção antes da intervenção (n=85). Aracati-CE, 2018

Itens da Escala Likert	n	%
1. É difícil conseguir os MC.	76	89,4
2. Usar MC torna o relacionamento muito sério.	38	44,7
3. É difícil falar sobre MC com os amigos.	54	63,5
4. O contraceptivo hormonal (pílula ou injetável) prejudica a saúde da mulher.	7	8,2
5. Quem usa MC engorda.	10	11,8
6. Quem usa MC tem dificuldade para ter filhos depois.	18	21,2
7. O preservativo atrapalha a relação sexual.	30	35,3
8. Usar MC indica falta de confiança no parceiro.	81	95,3
9. Usar MC deve ser uma preocupação feminina.	75	88,2
10. Não existe dificuldade para usar MC.	46	54,1
11. Usar MC dá mais liberdade para o relacionamento sexual.	54	63,5
12. Prevenir gravidez deve ser uma responsabilidade do casal.	82	96,5
13. A gravidez engorda mais que o uso de contraceptivo hormonal.	38	44,7
14. É importante conhecer os MC antes de iniciar a vida sexual.	85	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

A investigação das atitudes relacionadas à contracepção evidenciou um percentual de atitudes favoráveis superior a 50% na maioria dos itens da escala. Ressalta-se que o item 14 (é importante conhecer os MC antes de iniciar a vida sexual) apresentou 100% de atitudes favoráveis, mesmo antes da intervenção, o que indica que os adolescentes reconhecem a relevância da abordagem dessa temática antes deles vivenciarem a sexualidade na prática. Já os itens 4 (o contraceptivo hormonal prejudica a saúde da mulher) e 5 (quem usa MC engorda) obtiveram os menores percentuais, 8,2% e 11,8%, respectivamente. Tais dados mostram que, apesar dos adolescentes apresentarem conhecimento deficiente no que diz respeito aos métodos contraceptivos em si, a maioria tem atitudes favoráveis quanto à contracepção, mesmo antes da intervenção educativa.

Estudo desenvolvido na Paraíba, com o objetivo de investigar comunicação, conhecimento, atitude e comportamento sexual dos adolescentes de escola pública, encontrou um nível de conhecimento deficiente e percentuais de atitudes favoráveis inferiores a 50% na maioria dos itens avaliados, resultados que diferem dos encontrados no presente estudo (COSTA et al., 2016).

A partir desses dados, é possível observar que um nível de conhecimento satisfatório não implica, necessariamente, em atitudes favoráveis e vice-versa. Porém, é o primeiro passo para se alcançar mudanças concretas no comportamento dos adolescentes, especialmente quando envolve questões de saúde sexual e reprodutiva. A seguir, são apresentados os resultados da intervenção educativa na mudança de conhecimento e atitude dos adolescentes sobre a contracepção.

5.4 AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO JOGO EDUCATIVO SOBRE CONTRACEPÇÃO

Após a implementação da intervenção com o jogo educativo “Anticoncepção na Adolescência”, o instrumento de coleta de dados foi reaplicado a fim de verificar mudanças no conhecimento e na atitude dos adolescentes sobre a temática. Na tabela 6, encontram-se os dados referentes ao bloco de conhecimentos.

Tabela 6 – Distribuição dos acertos no bloco de conhecimentos sobre contracepção antes e depois da intervenção. Aracati-CE, 2018

Questões	ANTES (n=85)		DEPOIS (n=79)		p*
	n	%	n	%	
1. O mais importante para usar corretamente a tabelinha é ter o ciclo menstrual regular.	27	31,8	49	62	<0,001
2. Pelo método do muco cervical é possível saber os dias do período fértil porque a vagina fica mais molhada antes e durante a ovulação.	14	16,5	21	26,6	0,022
3. O preservativo é considerado o único método para prevenção de gravidez que oferece dupla proteção porque protege contra IST e gravidez.	59	69,4	57	72,2	0,710
4. Se o preservativo for usado corretamente e em todas as relações é um método confiável.	71	83,5	68	86,1	0,581
5. A pílula anticoncepcional é capaz de evitar gravidez porque impede a ovulação.	46	54,1	50	63,3	0,286
6. O contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte) só deve ser usado quando não é possível usar outro método mais seguro.	33	38,8	39	49,4	0,134
7. A injeção que previne gravidez impede a ovulação.	27	31,8	35	44,3	0,031
8. O Dispositivo Intrauterino (DIU) é colocado dentro do útero para prevenir a gravidez por mais de um ano.	41	48,2	53	67,1	<0,001
9. A laqueadura tubária deixa a mulher estéril.	34	40,0	33	41,8	0,678
10. A vasectomia é um método que retira os espermatozoides da ejaculação.	37	43,5	48	60,8	0,015

*Teste de McNemar

Fonte: elaborada pela autora.

A partir dos dados acima, pode-se observar que, após a intervenção, houve um aumento no percentual de acertos em todos os itens avaliados, sendo que este aumento foi estatisticamente significativo nos itens 1 ($p < 0,001$), 2 ($p = 0,022$), 7 ($p = 0,031$), 8 ($p < 0,001$) e 10 ($p = 0,015$). Ademais, ressalta-se que o item 1 obteve a maior diferença antes e depois da intervenção (30,2%). Tais dados revelam que o jogo educativo favoreceu a aquisição de conhecimentos sobre outros métodos contraceptivos, como a tabelinha, o método do muco cervical, o hormonal injetável, o DIU e a vasectomia, não tão difundidos entre os adolescentes quanto o preservativo e o contraceptivo oral.

Outrossim, ao se proceder a análise estatística para comparar os pré e pós-testes, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa no somatório de acertos no bloco de conhecimentos sobre os métodos contraceptivos antes e depois da intervenção ($p < 0,001$), caracterizando a efetividade da intervenção educativa realizada por meio do jogo “Anticoncepção na Adolescência”.

A seguir, classificou-se o conhecimento dos adolescentes em seis níveis, conforme a Escala de níveis de conhecimento de Zernike e Henderson (1998), comparando-os nos dois momentos estudados (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição do conhecimento dos adolescentes sobre contracepção antes e depois da intervenção, segundo a Escala de Classificação de Níveis de Conhecimento. Aracati-CE, 2018

Níveis de conhecimento	ANTES (n=85) n (%)	DEPOIS (n=79) n (%)
Nenhum conhecimento	1 (1,2)	1 (1,3)
Muito pouco conhecimento	11 (12,9)	5 (6,3)
Pouco conhecimento	35 (41,2)	19 (24,1)
Bom conhecimento	19 (22,4)	27 (34,2)
Mais que bom conhecimento	14 (16,5)	15 (19,0)
Muito bom conhecimento	5 (5,9)	12 (15,2)

Fonte: Adaptada de Zernike e Henderson (1998).

Percebe-se que os níveis inferiores, referentes ao conhecimento deficiente, apresentaram uma queda em seus percentuais, com predomínio no nível “pouco conhecimento” (redução de 22,9%), enquanto os níveis superiores cresceram consideravelmente, com aumento importante no nível “bom conhecimento” (11,8%).

No contexto internacional, pesquisa realizada na África avaliou a eficácia de um currículo abrangente sobre saúde reprodutiva com foco na prevenção de IST e gravidez na adolescência, por meio da inclusão de metodologias participativas, e observou melhora significativa no conhecimento, na atitude e na autoeficácia da população estudada (GAUGHRAN; ASGARY, 2014).

No Brasil, estudo experimental desenvolvido na capital cearense com o objetivo de testar os efeitos de intervenções educativas individuais e grupais, utilizando como instrumentos folder e álbum seriado, para a promoção do uso consistente do anticoncepcional oral combinado (AOC), concluiu que ambas as estratégias apresentaram efeitos positivos sobre o conhecimento, atitude e prática das usuárias, caracterizando a sua eficácia na promoção do uso consistente de AOC (AMÉRICO, 2014).

Outro estudo testou os efeitos de uma intervenção educativa para a melhoria de conhecimento, atitude e prática de mulheres quanto ao preservativo feminino, revelando uma ascensão nos critérios de classificação nas três categorias e, conseqüentemente, a eficácia da intervenção realizada. Tais resultados mostram que as mulheres estão dispostas a usar o método, desde que devidamente instruídas por meio de intervenções educativas eficazes (FERNANDES et al., 2012).

De maneira semelhante, Scopacasa (2013) objetivou validar um jogo educativo para prevenção de IST/AIDS em adolescentes e comparar a aquisição de conhecimento por meio do jogo, de uma palestra expositiva e da aula ministrada tradicionalmente, constatando que as duas primeiras metodologias se mostraram mais efetivas no processo de educação em saúde que apenas as aulas tradicionais. Vale destacar que as ações que utilizam o jogo educativo como recurso metodológico mostram-se valiosas, especialmente para o público adolescente, pelo caráter interativo e dinâmico, além de permitirem a aplicação por diferentes profissionais, tomando por base as instruções do jogo (SCOPACASA, 2013).

Por outro lado, Monteiro (2017) demonstrou a efetividade de um programa de intervenções educativas para prevenção de IST/AIDS, por meio de estratégias dinâmicas e participativas, com duração de quatro semanas, gerando mudanças no conhecimento e nas atitudes de adolescentes e jovens.

Com relação às atitudes dos adolescentes após a intervenção, estas estão descritas na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das atitudes favoráveis dos adolescentes sobre contracepção depois da intervenção (n=79). Aracati-CE, 2018

Itens da Escala Likert	n	%
1. É difícil conseguir os MC.	73	92,4
2. Usar MC torna o relacionamento muito sério.	39	49,4
3. É difícil falar sobre MC com os amigos.	44	55,7
4. O contraceptivo hormonal (pílula ou injetável) prejudica a saúde da mulher.	15	19,0
5. Quem usa MC engorda.	12	15,2
6. Quem usa MC tem dificuldade para ter filhos depois.	25	31,6
7. O preservativo atrapalha a relação sexual.	36	45,6
8. Usar MC indica falta de confiança no parceiro.	68	86,1
9. Usar MC deve ser uma preocupação feminina.	74	93,7
10. Não existe dificuldade para usar MC.	44	55,7
11. Usar MC dá mais liberdade para o relacionamento sexual.	43	54,4
12. Prevenir gravidez deve ser uma responsabilidade do casal.	78	98,7
13. A gravidez engorda mais que o uso de contraceptivo hormonal.	33	41,8
14. É importante conhecer os MC antes de iniciar a vida sexual.	77	97,5

Fonte: Elaborada pela autora.

A maioria dos itens da escala apresentou aumento no percentual de atitudes favoráveis após a intervenção, com destaque para os itens 4, 6 e 7, que obtiveram um aumento de 10,8%, 10,4% e 10,3%, respectivamente. Apenas cinco itens apresentaram queda, porém ainda com percentuais de atitudes favoráveis superiores a 40%.

Vale destacar que, apesar dos itens 4, 5 e 6 apresentarem aumento nos percentuais de atitudes favoráveis após a intervenção, estes se mantiveram bem abaixo da média em comparação com os demais itens. Acredita-se que isso se deva ao fato destes itens trazerem informações referentes a mitos que envolvem o uso dos métodos contraceptivos hormonais.

A crença de que os contraceptivos hormonais podem comprometer a saúde da mulher, principalmente no que concerne à fertilidade feminina, pode contribuir para a manutenção de atitude desfavorável relacionada a esses métodos.

Nesse sentido, a orientação quanto à contracepção não deve ser voltada somente para ensinar o modo correto de usar cada método, mas envolver também o mecanismo de ação, contribuindo para atenuar essas crenças presentes no imaginário das mulheres (AMÉRICO, 2014).

Estudos que investigam conhecimento, atitude e prática (CAP) sobre diversas temáticas na área da saúde revelam que um bom nível de conhecimento sobre determinado assunto não implica, necessariamente, em atitudes e práticas favoráveis, tendo em vista que a mudança de comportamentos em curto prazo, seja a nível individual ou coletivo, é complexa e depende, sobretudo, de alteração nas percepções e nos costumes culturais repassados de geração em geração (SILVEIRA et al., 2014; GONÇALVES et al., 2015; CAPRARA et al., 2013; RODRIGUES et al., 2012) .

Revisão sistemática que objetivou analisar a eficácia de intervenções educativas sobre sexualidade no contexto escolar verificou melhora significativa no conhecimento, na atitude e/ou no comportamento dos adolescentes em mais de 80% dos estudos analisados, constatando a relevância de atuação neste cenário. Além disso, revelou que as intervenções realizadas em longo prazo devem ser priorizadas, pois permitem avaliar além da mudança de conhecimento ao longo do tempo, mas principalmente a mudança de comportamentos (FLORA et al., 2013).

Em contrapartida, o estudo de Leite et al. (2014) revelou que, apesar dos adolescentes escolares reconhecerem a realização de práticas educativas sobre sexualidade no ambiente escolar, sobretudo por professores e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), a maioria avalia as intervenções desenvolvidas como insatisfatórias.

Tal fato reforça a ideia de que para promover mudanças de atitude e prática, torna-se fundamental a criação de estratégias cada vez mais inovadoras na área da saúde e voltadas para públicos específicos, a fim de alcançar os objetivos de maneira eficaz.

Por fim, verificou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre a diferença de pontuação no bloco de conhecimentos nos dois momentos estudados e as variáveis “sexo” ($p=0,421$), “idade” ($p=0,173$), “iniciação sexual” ($p=0,894$) e “informação sobre contracepção” ($p=0,904$). Pode-se inferir, portanto, que as variáveis destacadas não interferiram sobremaneira na aquisição de conhecimento sobre contracepção com a intervenção empregada. Logo, o jogo

educativo “Anticoncepção na Adolescência” mostrou-se efetivo na melhoria do conhecimento de adolescentes sobre a temática, independente de sexo, idade, iniciação sexual e o recebimento de informações prévias sobre o assunto.

Diante do exposto, fica evidente que a realização de ações de educação em saúde que tratam de temáticas ligadas à sexualidade e contracepção de adolescentes devem utilizar ferramentas diversificadas, de maneira a provocar o interesse desse grupo, cabendo aos profissionais de saúde, sobretudo os atuantes na atenção básica e no contexto escolar, apropriarem-se desse universo, a fim de alcançar os resultados almejados.

Diversos estudos na área da saúde já vêm criando novas tecnologias como alternativas às metodologias tradicionais, a fim de tornar o processo de educação em saúde mais lúdico, participativo e, conseqüentemente, mais efetivo. Contudo, muitas das tecnologias produzidas, após validação interna por juízes especialistas, não são validadas externamente junto ao público-alvo. Percebe-se como fundamental a testagem da efetividade de tais tecnologias, por meio de estudos de intervenção, garantindo a segurança de seu uso com o público a que se destinam, como o que foi desenvolvido nesta pesquisa.

Portanto, sugere-se a realização de novos estudos que testem a efetividade das diferentes tecnologias existentes na literatura, visando validá-las e ampliando, assim, a gama de recursos disponíveis para os profissionais da saúde utilizarem em suas estratégias educativas, com base em evidências científicas.

Ressalta-se que os profissionais da saúde têm alcançado cada vez mais espaço no cenário escolar, desenvolvendo ações de cunho educativo para adolescentes, visando a promoção da saúde dessa população, com enfoque no autocuidado. Neste sentido, a realização desta pesquisa com escolares do ensino técnico integrado possibilitou, além do crescimento pessoal e profissional da pesquisadora, a ampliação do conhecimento dos adolescentes sobre os métodos contraceptivos e a melhoria das atitudes destes frente à contracepção, o que pode contribuir para a tomada de decisões com práticas sexuais mais seguras.

Dentre as limitações deste estudo, considera-se o tempo reduzido da intervenção, em horários das aulas, devido às restrições do calendário acadêmico da instituição; as perdas de seguimento, mesmo que pequenas; a falta de randomização e grupo controle, em virtude do desenho do estudo; o tempo reduzido entre a intervenção e o pós-teste; e a dificuldade de controlar as variáveis, como por

exemplo, a aquisição de informações sobre a temática no intervalo de tempo entre a aplicação do jogo e do questionário pós-teste, não podendo garantir que todo o conhecimento adquirido pelos participantes foi proveniente da intervenção educativa.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou caracterizar os adolescentes estudantes de um curso técnico integrado do interior do Ceará, além de identificar o conhecimento e a atitude desta população sobre os métodos contraceptivos antes e depois de uma intervenção com um jogo educativo sobre a temática, testando a efetividade dessa metodologia.

O estudo mostra que a maioria dos adolescentes possuía, antes da intervenção, conhecimento deficiente e atitude favorável a respeito dos métodos contraceptivos e um mês após a aplicação do jogo educativo “Anticoncepção na Adolescência”, constatou-se a melhoria do conhecimento e da atitude dos participantes. Conclui-se, portanto, que o jogo educativo em questão é efetivo naquilo que se propõe e, nesse estudo, atingiu sua finalidade em melhorar o conhecimento e atitude dos adolescentes em até 30 dias após a intervenção, sendo uma tecnologia leve, simples e de baixo custo, que pode ser utilizada em diversos cenários para a promoção da saúde sexual e reprodutiva da população adolescente.

Vale salientar que a instituição em que a pesquisa foi realizada já é pioneira por garantir a presença de profissionais da saúde como integrantes das equipes de assistência estudantil, o que favorece a formação de vínculo e o diálogo contínuo com os estudantes, contribuindo para uma melhor adesão destes às ações educativas, bem como para o êxito de seus resultados.

Ademais, em virtude das peculiaridades próprias do público participante, os resultados não podem ser extrapolados para toda a população adolescente. Enfatiza-se a necessidade de expansão da pesquisa para as demais unidades da instituição, bem como para outras realidades, como instituições de saúde e de educação básica e superior, e a possibilidade de extensão do tempo de avaliação para além de 30 dias após a intervenção, a fim de melhor caracterizar a efetividade da tecnologia em longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. D. P. **Protótipo de um software educativo sobre métodos contraceptivos**: uma ferramenta pedagógica para cuidado de enfermagem com as juventudes. 2017. 190. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017.
- ABTIBOL, C. S. et al. Conhecimento de adolescentes de uma escola pública sobre os métodos contraceptivos. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 94-100, 2015.
- ALMEIDA, L. M. et al. Conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais por adolescentes de uma escola pública de Ubá. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, v. 2, n. 2, p. 15-20, 2017.
- ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2386-2400, 2011.
- ALMEIDA, T. G. **História em quadrinhos como recurso pedagógico para adolescentes**: métodos contraceptivos. 2017. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.
- ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, 2008.
- AMÉRICO, C. F. **Efeito de intervenções de enfermagem voltadas à promoção do uso consistente de anticoncepcional oral combinado**. 2014. 152 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
- ANDRADE, H. H. S. M. et al. A. Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1168-1176, 2009.
- ARAGÃO, J. M. N. **Mídia social Facebook como tecnologia de educação em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares**. 2016. 165 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- BARBOSA, S. M. et al. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 337-341, 2010.

BARNET, B. et al. Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: a community-based randomized trial. **The Annals of Family Medicine**, v. 7, n. 5, p. 436-445, 2009.

BORGES, A. L. V. et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. s1, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 175 p.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. **Política nacional de atenção integral à saúde do adolescente e Jovem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do projeto saúde e prevenção nas escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 dez. 2007a. Seção 1, p. 2-3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006**. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 11 Out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde sexual e saúde reprodutiva: um direito de adolescentes - guia para UBS e ESF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional da Juventude. **O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de informações de nascidos vivos**. Brasília: DATASUS, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de informações de nascidos vivos**. Brasília: DATASUS, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 4 out. 2017.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009.

BUENO, C. J. S.; BIZELLI, J. L. A gamificação do processo educativo. **Revista Geminis**, v. 2, n. 5, p. 160-176, 2014.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA, M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 336-346, 2013.

CANO, M. A. T. Métodos contraceptivos conhecidos por adolescentes de uma escola pública do interior paulista. **INVESTIGAÇÃO**, v. 14, n. 1, 2015.

CAPRARA, A.; OLIVEIRA, J. W.; PEIXOTO, A. C. **EcoSaúde, uma abordagem eco-bio-social**: percursos convergentes no controle do dengue. Fortaleza: EdUECE, 2013. 264 p.

CARNEIRO, R. F. et al. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **SANARE**, v. 14, n. 1, p.104-108, 2015.

CAVALCANTE, R. B. et al. Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. 4, 2012.

CHAVEIRO, L. G. et al. Análise da temática sexualidade no contexto escolar com professores da educação básica. **Rev Rene**, v. 16, n. 5, p. 690-698, 2015.

COSTA, G. P. O. **Conhecimentos, atitudes e práticas sobre contracepção para adolescentes**. 2013. 103 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

COSTA, G. P. O. GUERRA, A. Q. S.; ARAÚJO, A. C. P. F. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre contracepção para adolescentes. **Rev Pesqui: Cuid Fundam**, v. 8, n. 1, p. 3597-608, 2016. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3131>>. Acesso em: 29 set 2018.

CRUZ, M. S.; CARVALHO, F. J. V.; IRFFI, G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, v. 46, 2016.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Rev Bras Educ Med**, v. 39, n. 1, p. 143-150, 2015.

FERNANDES, R. L. V. et al. Conhecimento, atitude e prática relacionados ao preservativo feminino. **Rev Rene**, v. 13, n. 4, p. 755-765, 2012.

FERREIRA, V. T. et al. Vulnerabilidade dos adolescentes do IF Sudeste MG – Campus Juiz de Fora às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). **Multiverso: Revista Eletrônica do Campus Juiz de Fora-IF Sudeste MG**, v. 2, n. 1, p. 42-8, 2017.

FLORA, M. C.; RODRIGUES, R. F. F.; PAIVA, H. M. C. G. C. Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literature. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 10, p. 125-34, 2013.

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

GAUGHRAN, M.; ASGARY, R. On-site comprehensive curriculum to teach reproductive health to female adolescents in Kenya. **Journal of Women's Health**, v. 23, n. 4, p. 358-364, 2014.

GIJSEN, L. I. P. S.; KAISER, D. E. Enfermagem e educação em saúde em escolas no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 4, p. 813-821, 2013.

GONÇALVES, R. P. et al. A. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 578-93, 2015.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. Rio de Janeiro: Penso Editora, 2016.

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. 165-172, 2009.

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

HERNÁNDEZ, A. G.; GARCÍA, Y. R.; SÁNCHEZ, M. R. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescência. **Rev AMC**, v. 16, n. 1, p. 45-52, 2012.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. **John Wiley & Sons**, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar 2015**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

I_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf>. Acesso em: 3 out 2017.

JADAD, A. R. et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. **Controlled clinical trials**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 1996.

JIMENEZ, L.; ASSIS, D. A. D.; NEVES, R. G. Direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes: desafios para as políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, 2015.

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 5, p. 11-15, 2012.

LEITE, C. T. et al. Prática de educação em saúde percebida por escolares. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 13-19, 2014.

LOPES, R.; TOCANTINS, F. R. Health promotion and critical education. **Interface Comunic Saude Educ**, v. 16, n. 40, p. 235-246, 2012.

LUBIANCA, J. N. **Opções de anticoncepção na adolescência**. Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1545-opcoes-anticoncepcao-na-adolescencia-5&Itemid=965>. Acesso em: 14 abr. 2017.

LUNA, I. T. **Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua**. 2014. 178 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

LUSTOSA, G. L. S. **O que os adolescentes pensam sobre sexualidade: construção de uma cartilha educativa**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

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

MARIANO, M. R. et al. Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. **Rev Eletr Enf**, v. 15, n. 1, p. 265-273, 2013.

MARTINS, M. C. et al. Intervenção educativa utilizando álbum seriado sobre alimentos regionais: relato de experiência. **Rev Rene**, v. 13, n. 4, p. 948-957, 2012.

MENDONÇA, R. C. M.; ARAÚJO, T. M. E. Métodos contraceptivos: a prática dos adolescentes das escolas agrícolas da Universidade Federal do Piauí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 863-871, 2009.

MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

MIRANDA, A. A. M. et al. Conhecimentos acerca de DST/AIDS e métodos contraceptivos dos discentes dos cursos integrados do IF Sudeste MG – Campus Juiz de Fora, Brasil. **Multiverso: Revista Eletrônica do Campus Juiz de Fora**, v. 1, n. 1, p. 25-36, 2016.

MOLINA, M. C. C. et al. Conhecimento de adolescentes do ensino médio quanto aos métodos contraceptivos. **Mundo saúde**, v. 39, n. 1, p. 22-31, 2015.

MONTEIRO, P. V. **Programa de intervenções educativas para prevenção de IST/HIV entre adolescentes e jovens**. 2017. 154 f. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017.

MORA, M. D. C. G.; GÁLVEZ, L. H.; BERRÍO, M. N. Intervención educativa sobre alguns aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico “Belkys Sotomayor Álvarez” de Ciego de Ávila. **Mediciego**, v. 17, n. 2, p. 2-8, 2011.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 1, p.48-52, 2012.

NERY, I. S. et al.. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, 2011.

O'DONNELL, L. et al. The effectiveness of the Reach for Health Community Youth Service learning program in reducing early and unprotected sex among urban middle school students. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 2, p. 176-181, 1999.

OLIVEIRA, P. C. et al. Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes. **Rev Eletr Enf**, v. 19, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.39926>>. Acesso em: 27 set. 2018.

OLIVEIRA, R. K. L. et al. Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Saúde e sexualidade de adolescentes. **Construindo equidade no SUS**. Brasília: OPAS; MS, 2017.

PAES JUNIOR, A. J. O.; VIEIRA, A. A. **Manual de terapêutica: pediatria**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. 744p.

PARIZ, J.; MENGARDA, C. F.; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 623-636, 2012.

PATIAS, N. D. et al. Construção histórico-social da adolescência: Implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 205-214, 2011.

PÉREZ, S. C. et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. **Revista Española de Salud Pública**, v. 79, n. 5, p.581-589, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PORTELA, N. L. C.; ARAÚJO, L. P. Conhecimento e prática dos métodos contraceptivos por estudantes adolescentes: um estudo comparativo. **Revista Univap**, v. 19, n. 33, p. 13-24, 2013.

PRIOTTO, E. M. T. P. et al. Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1-9, 2018.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. **Rev Rene**, v. 15, n. 3, p. 455-462, 2014.

RAMOS, L. A. S. et al. Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres adolescentes de escola pública. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 3, p. 55230, 2018.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista em pauta**, v. 6, n. 23, p. 117-138, 2009.

RASMUSSEN, V. S. et al. Conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais em gestantes adolescentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 4, 2011.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012.

RUFINO, C. B. et al. Educação sexual na prática pedagógica de professores da rede básica de ensino. **Rev Eletr Enf**, v. 15, n. 4, p. 983-991, 2013.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, 2012.

SANTOS, C. P. et al. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 2, p. 60-70, 2016.

SANTOS, J. S. et al. Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v. 14, n. 1, p. 20-26, 2014.

SANTOS, M. P. et al. Promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: educação por pares. **Rev Baiana Enferm**, v. 31, n. 3, 2017.

SANTOS, K. B.; MURTA, S. G. Influência dos pares e educação por pares na prevenção à violência no namoro. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 4, p. 787-800, 2016.

SCOPACASA, L. F. **Validação de jogo educativo para construção do conhecimento de adolescentes acerca da prevenção de DST/Aids**. 2013. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SIEVING, R. E. et al. Prime Time: 12-month sexual health outcomes of a clinic-based intervention to prevent pregnancy risk behaviors. **J Adolesc Health**, v. 49, n. 2, p. 172-9, 2011.

SILVA, D. A.; CARVALHO, F. S. Percepções de adolescentes sobre práticas de cuidado com a saúde. **Adolesc. Saude**, v. 13, supl. 1, p. 64-71, 2016.

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

SILVA, M. R. et al. Por que elas não usam? Um estudo sobre a não adesão das adolescentes aos métodos contraceptivos e suas repercussões. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 4, p. 75-83, 2015.

SILVEIRA, M. L. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre alimentos regionais entre famílias de pré-escolares. **Rev Rene**, v. 15, n. 1, 2014

SOARES, T. M. S. et al. Educação sexual para adolescentes: aliança entre escola e enfermagem/saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 16, n. 3, p. 47-52, 2015.

UCHOA, J. L. et al. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. **Rev Enferm UFSM**, v. 6, n. 1, p. 10-20, 2016.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VIEIRA, E. L. et al. Uso e conhecimento sobre métodos contraceptivos de estudantes da rede de ensino pública e privada do município de Bacabal-MA. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 9, n. 2, p. 87-107, 2016.

VIEIRA, P. M.; MATSUKURA, T. S.; VIEIRA, C. M. Políticas públicas e educação sexual: percepções de profissionais da saúde e da educação. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 14, n. 3, p. 69-87, 2017.

VIEIRA, R. P. **Desenvolvimento e validação de um jogo educativo para adolescentes com enfoque na anticoncepção**. 2016. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for the world's adolescents**: a second chance in the second decade. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/>. Acesso em: 19 jul. 2017.

_____. **Growing up unequal**: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2014/2013 survey. Copenhagen: WHO; Regional Office for Europe, 2016. 276 p.

_____. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5 ed. Geneva: WHO, 2015. 268 p.

ZANINI, M.; SELVANTE, J. D. S.; QUAGLIATO, F. F. Uso de contraceptivos e fatores associados entre adolescentes de 15 a 18 anos de idade em Unidade de Saúde da Família. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 1, p. 32-4, 2017.

ZERNIKE, W.; HENDERSON, A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension. **J Clin Nurs**, v.7, p.37-44, 1998.

ZIMMERMAN, R. S. et al. Effects of a school-based, theory-driven HIV and pregnancy prevention curriculum. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 40, n. 1, p. 42-51, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Assentimento Adolescentes Participantes do Estudo

Você está sendo convidado (a) por Marcela Lima Silveira Praxedes a participar como voluntário (a) de uma pesquisa com título “EFETIVIDADE DE JOGO EDUCATIVO SOBRE CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA”, que tem como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção com jogo educativo para o aumento do conhecimento de adolescentes sobre contracepção.

Leia com atenção as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todas as dúvidas sejam esclarecidas.

Neste estudo, você irá responder um questionário sobre características sociodemográficas e conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos. Após a aplicação do questionário, será realizada uma intervenção com um jogo educativo sobre contracepção na adolescência. Um mês após a intervenção, será novamente aplicado o questionário para verificar os conhecimentos adquiridos durante a intervenção.

A sua participação na pesquisa deverá ser de livre e espontânea vontade, sem nenhuma forma de pagamento pela mesma. Você poderá sentir-se constrangido ao ser questionado (a) sobre sua atividade sexual e seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos, mas este risco será diminuído ao ser providenciada privacidade durante a resposta ao questionário e esclarecido de que será realizada uma intervenção educativa para melhorar o seu conhecimento sobre contracepção na adolescência, facilitando o seu aprendizado, estimulando o autocuidado e a autonomia na escolha de contraceptivos. A sua participação é muito importante, pois poderá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de gravidez na adolescência.

Informo, ainda, que:

- Você tem direito de não autorizar a sua participação nesta pesquisa, se assim desejar.
- Os participantes deste estudo não terão custo de qualquer natureza.
- É garantido o anonimato e segredo quanto ao seu nome e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família.
- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento, assim como o seu responsável.
- Este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com você.

Em caso de dúvidas, entre em contato a responsável pela pesquisa no endereço/telefone abaixo:

Nome: Marcela Lima Silveira Praxedes

Instituição: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) – Campus Aracati.

Endereço: CE-040, KM 137,1 – Aeroporto. CEP: 62.800-000. **Telefone para contato:** (88) 33031216

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, CEP: 60.714.903. Fone/Fax: (85) 3101-9600; E-mail: cep@uece.br; ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Assentimento e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar deste estudo e que estou recebendo uma cópia assinada deste termo.

Aracati, ____ de _____ de 2018

Assinatura do participante

Enf.^a Marcela Lima Silveira Praxedes

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pais e/ou Responsáveis dos Adolescentes

Caro (a) Senhor (a),

Eu, Marcela Lima Silveira Praxedes, enfermeira do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) e mestranda da Universidade Estadual do Ceará (UECE), estarei desenvolvendo a pesquisa com título “EFETIVIDADE DE JOGO EDUCATIVO SOBRE CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA”, que tem como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção com jogo educativo para o aumento do conhecimento de adolescentes sobre contracepção.

No IFCE – Campus Aracati, o seu filho (a) será convidado (a) a responder um questionário sobre características sociodemográficas e conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos. Após a aplicação do questionário, será realizada uma intervenção com um jogo educativo sobre contracepção na adolescência. Um mês após a intervenção, será novamente aplicado o questionário para verificar os conhecimentos adquiridos durante a intervenção.

Convido o (a) seu filho (a), mediante a sua autorização, a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que: a participação dele (a) na pesquisa deverá ser de livre e espontânea vontade, sem nenhuma forma de pagamento pela mesma. O (a) seu filho (a) poderá sentir-se constrangido ao ser questionado (a) sobre sua atividade sexual e seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos, mas este risco será diminuído ao ser providenciada privacidade durante a resposta ao questionário e esclarecido de que será realizada uma intervenção educativa para melhorar o conhecimento sobre contracepção na adolescência, facilitando o aprendizado, estimulando o autocuidado e a autonomia na escolha de contraceptivos. A participação do (a) seu filho (a) é muito importante, pois poderá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de gravidez na adolescência.

Informo, ainda, que:

- Você tem direito de não autorizar a participação do (a) seu filho (a) nesta pesquisa, se assim desejar.
- Os participantes deste estudo não terão custo de qualquer natureza.
- É garantido o anonimato e segredo quanto ao nome do (a) seu filho (a) e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você ou seu filho (a) ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família.
- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- Este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com o (a) senhor (a).

Em caso de dúvidas, contate a responsável pela pesquisa no endereço/telefone abaixo:

Nome: Marcela Lima Silveira Praxedes

Instituição: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) – Campus Aracati.

Endereço: CE-040, KM 137,1 – Aeroporto. CEP: 62.800-000. **Telefone para contato:** (88) 33031216

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, CEP: 60.714.903. Fone/Fax: (85) 3101-9600; E-mail: cep@uece.br; ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação do (a) meu filho (a) no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação dele (a) implica, concordo em participar e para isso eu DOU MEU CONSENTIMENTO, SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Aracati, ____ de _____ de 2018.

Assinatura ou digital do responsável

Enf.^a Marcela Lima Silveira Praxedes

APÊNDICE C – Carta de Anuência



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
CAMPUS ARACATI
Rodovia CE-040, KM 137,1 - Aeroporto - Aracati - CE CEP: 62900-000
(88) 3303.1200 – gabinete.aracati@ifce.edu.br

CARTA DE ANUÊNCIA

À DIREÇÃO-GERAL DO INSTITUTO FEDERAL DO CEARÁ – CAMPUS ARACATI

ASSUNTO: Autorização para desenvolvimento de projeto de pesquisa

Saudações,

Eu, Marcela Lima Silveira Praxedes, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada "EFETIVIDADE DE JOGO EDUCATIVO SOBRE CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA", que tem como objetivo: avaliar a efetividade de uma intervenção com jogo educativo para o aumento do conhecimento de adolescentes sobre contracepção. Devido aos altos índices de gravidez na adolescência e suas repercussões sociais, econômicas e familiares, o estudo justifica-se pela possibilidade de apresentar uma estratégia eficaz que possa ser utilizada posteriormente pelos profissionais de saúde que atuam no ambiente escolar para realizar ações educativas mais lúdicas que contribuam para a autonomia dos adolescentes na escolha dos métodos contraceptivos.

Diante disso, solicitamos autorização para o desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, vinculado à Universidade Estadual do Ceará. O projeto resultará na elaboração da dissertação da aluna Marcela Lima Silveira Praxedes no Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente e em futuras publicações de artigos científicos. Nos comprometemos a manter o sigilo de todos os participantes da pesquisa.

A coleta de dados será desenvolvida no período de maio a julho de 2018, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da seguinte forma: será realizada uma intervenção educativa com os adolescentes através de um jogo de tabuleiro intitulado "Anticoncepção na adolescência", com a aplicação de um questionário pré-teste antes da intervenção e um pós-teste 30 dias após a intervenção. Salienta-se que todos os participantes assinam o Termo de Assentimento, por se tratarem de adolescentes, e seus pais ou responsáveis assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), demonstrando sua concordância em participar do estudo. Ressalta-se que o presente projeto não ocasionará nenhum custo adicional para a instituição. O nome da instituição a qual pertence somente poderá ser divulgado nos relatos da pesquisa caso seja autorizado no espaço abaixo:

- Autorizo que o nome da instituição seja mencionado nos relatos da pesquisa e nas publicações científicas.
 Prefiro participar mantendo o nome da instituição em sigilo nos relatos da pesquisa e nas publicações científicas.

Aracati, 29 de janeiro de 2018.

Prof.ª Dr.ª Maria Veraci Oliveira Queiroz
Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará, Orientadora da Pesquisa

Marcela Lima Silveira Praxedes
Mestranda, Orientanda da Pesquisa

Em caso de autorização, por favor, assine e carimbe abaixo:

Daniel Santo Padilla Garcia
Diretor-Geral em exercício (Port. 39/GABR/REITORIA)

ANEXOS

ANEXO A – Questionário

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE CONHECIMENTO E ATITUDES DOS ADOLESCENTES SOBRE CONTRACEPÇÃO

Prezado aluno:

Gostaríamos de contar com sua participação respondendo as questões a seguir. Lembramos que não há respostas certas ou erradas, o importante é que a sua resposta seja espontânea, verdadeira e individual. Todas as informações serão utilizadas de forma anônima, ou seja, seu nome será totalmente omitido. Diante da possibilidade de ser necessária uma reaplicação do teste, pedimos que grave o número de identificação que consta no seu formulário, pois ele deverá ser o mesmo em uma nova coleta de dados. Procure não conversar com outras pessoas durante a aplicação do teste e leia todas as questões com bastante atenção antes de respondê-las. Pedimos que antes de iniciar as respostas você preencha todo o formulário de dados gerais.

Agradecemos sua participação.

Formulário com dados gerais do participante

Número de identificação: 0. Sexo: Homem () Mulher ()		1. Idade _____ anos 2. Data de Nascimento _____ / ____ / ____	
3. Nome da Escola:			
4. Ano de estudo:	5. Turma:	6. Escolaridade dos pais: Use as letras em negrito para responder A - analfabeto; I - (até 5º ano) II - (até 9º ano); M - (Ensino médio); S - (Superior); NS - (Não sei)	
		Mãe ()	Pai ()
7. Sua Religião: Católica () Evangélica () Não Tenho Religião () Outras: _____			
8. Conhece algum método que previne gravidez?	Não ()	Sim () 9. Quais?	
10. Já teve relação sexual?	Não () Se marcou aqui, pule para a questão 14	Sim ()	
11. Já usou algum método para prevenir gravidez?	Não () Se marcou aqui, pule para a questão 13	Sim () 12. Qual (is)?	
13. Já aconteceu gravidez de algum relacionamento sexual?	Não ()	Sim () Número de Filhos _____ Número de Aborto _____	
14. Já conversou com alguém sobre métodos de prevenção de gravidez?	Não () Se marcou aqui, pule para questão 16	Sim () 15. Com quem?	
		Pais ou parentes ()	
		Amigos (as) ou Namorado (a) ()	
		Professores ()	
		Profissionais de saúde ()	
		Internautas ()	
		Outros	
16. Já aconselhou alguém para usar algum método de prevenção de gravidez?	Não ()	Sim () Qual (is)?	

Questionário de conhecimentos sobre métodos contraceptivos: Marque com X a resposta que considerar correta

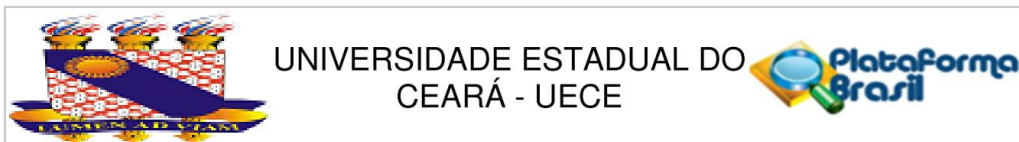
1. O mais importante para usar corretamente a tabela (Tabelinha) como método de prevenção de gravidez é:	A	Evitar a relação sexual uma semana após a menstruação Ter o ciclo menstrual regular
	B	
	C	Ter relação sexual sem prevenção 10 dias antes da menstruação Só ter relação sexual uma vez por semana
	D	
	E	Não sei
2. Pelo método do muco cervical (método Billings) é possível saber os dias do ciclo menstrual de risco para gravidez porque:	A	A temperatura do corpo fica um pouco mais quente antes da ovulação A vagina fica mais seca durante a ovulação
	B	
	C	A vagina fica mais molhada antes e durante a ovulação A vagina fica mais molhada após a ovulação
	D	
	E	Não sei
3. O preservativo (condom / camisinha) é considerado o único método para prevenção de gravidez que oferece dupla proteção porque:	A	Porque se usar duas camisinhas ao mesmo tempo a proteção é maior Porque protege homem e mulher ao mesmo tempo
	B	
	C	
	D	Porque existe a camisinha masculina e a camisinha feminina Protege contra DST e gravidez
	E	Não sei
4. Em relação ao preservativo (condom / camisinha) pode-se dizer que:	A	Não é eficaz para proteger gravidez
	B	Se for usado corretamente e em todas as relações é um método confiável A camisinha feminina impede a ovulação
	C	
	D	Não é um método para evitar gravidez
	E	Não sei
5. O comprimido que deve ser usado todos os dias (pílula anticoncepcional) é capaz de evitar gravidez porque:	A	Impede a ovulação
	B	
	C	Regula o ciclo menstrual
	D	
	E	Impede a entrada do espermatozóide no útero Diminui o desejo sexual
6. A pílula do dia seguinte (comprimido de emergência)	A	É para ser usada um dia após a relação sexual
	B	Oferece a mesma proteção da pílula de uso diário (a que se toma todos os dias)
	C	Tem a vantagem de só precisar usar apenas nos dias em que se tem a relação sexual
	D	
	E	Só deve ser usada quando não dá mais tempo para usar outro método mais seguro Não sei
7. Sobre a injeção que previne gravidez podemos dizer que:	A	Impede a ovulação
	B	Pode causar esterilidade (incapacidade de gravidez) Deve ser usada após uma relação sexual
	C	
	D	
	E	Aumenta os dias em que a mulher pode engravidar
8. Em relação ao DIU (Dispositivo Intra Uterino), pode-se dizer que:	A	É colocado dentro do útero para prevenir a gravidez por mais de um ano É abortivo
	B	
	C	Não é um método preventivo de gravidez
	D	Protege contra DST (doenças Sexualmente Transmissíveis Não sei
	E	
9. Em relação à laqueadura (ligação de trompas) como método para evitar gravidez, pode-se dizer que:	A	Altera a vida sexual da mulher A mulher fica sem os ovários
	B	
	C	
	D	Impede a ovulação
	E	A mulher fica estéril
10. Em relação à vasectomia como método para evitar gravidez, pode-se dizer que:	A	Prejudica a ereção do pênis
	B	É um método que retira os espermatozoides da ejaculação
	C	Não é um método para evitar gravidez
	D	É o preservativo que contém lubrificante
	E	Não sei

Escala de atitudes em relação à contracepção: Marque com X a resposta que considerar correta

1. É difícil conseguir os métodos para prevenção da gravidez.	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
2. Usar métodos para prevenir gravidez torna o relacionamento muito sério.	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
3. Tenho dificuldades em falar sobre sexo com meus (minhas) amigos (as).	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
4. O anticoncepcional hormonal (comprimido ou injeção que previne gravidez) prejudica a saúde da mulher.	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
5. Quem usa remédio para prevenir gravidez (anticoncepcional) engorda.	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
6. Quem usa remédio para prevenir gravidez (anticoncepcional) depois tem dificuldade para ter filhos.	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
7. O preservativo (camisinha/ condom) atrapalha a relação sexual.	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
8. Usar um método para prevenir gravidez é um sinal de que não se confia no parceiro(a).	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
9. A mulher é quem deve se preocupar em prevenir gravidez.	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
10. Não existe dificuldade para se usar métodos para prevenir gravidez.	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente
11. Os métodos para prevenir gravidez dão mais liberdade para o relacionamento sexual.	<input type="checkbox"/>	Concordo Totalmente
	<input type="checkbox"/>	Concordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Nem Concordo, Nem Discordo
	<input type="checkbox"/>	Discordo Um Pouco
	<input type="checkbox"/>	Discordo Totalmente

12. Prevenir gravidez deve ser responsabilidade do casal.		Concordo Totalmente
		Concordo Um Pouco
		Nem Concordo, Nem Discordo
		Discordo Um Pouco
		Discordo Totalmente
13. A mulher engorda mais com a gravidez do que com o uso de remédios para prevenir gravidez.		Concordo Totalmente
		Concordo Um Pouco
		Nem Concordo, Nem Discordo
		Discordo Um Pouco
		Discordo Totalmente
14. É importante conhecer os métodos preventivos mesmo antes de iniciar vida sexual.		Concordo Totalmente
		Concordo Um Pouco
		Nem Concordo, Nem Discordo
		Discordo Um Pouco
		Discordo Totalmente

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVIDADE DE JOGO EDUCATIVO SOBRE CONTRACEPÇÃO NA

Pesquisador: MARCELA LIMA SILVEIRA PRAXEDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83037518.1.0000.5534

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.528.626

Apresentação do Projeto:

Efetividade de jogo educativo sobre a concepção na adolescência. O uso de jogo educativo como estratégia de educação em saúde é efetivo para o aumento do conhecimento de adolescentes sobre contracepção. Tem como objetivo Avaliar a efetividade de uma intervenção com jogo educativo para o aumento do conhecimento de adolescentes sobre contracepção. Tem como método Trata-se de um estudo com delineamento quase experimental, de série temporal do tipo antes e depois, que será realizado no Instituto Federal de

Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), Campus Aracati, no período de maio a julho de 2018. A população do estudo será composta pelos adolescentes, de ambos os sexos, do IFCE - Campus Aracati, sendo adotado o conceito de adolescência definido pela OMS, que compreende a faixa etária entre os 10 e 19 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a efetividade de uma intervenção com jogo educativo para o aumento do conhecimento de adolescentes sobre contracepção.

Objetivo secundário Caracterizar os adolescentes quanto às variáveis sociodemográficas e em relação ao comportamento sexual. • Descrever o conhecimento prévio dos adolescentes sobre os métodos contraceptivos. • Implementar a utilização do jogo educativo junto aos adolescentes para o aumento do

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

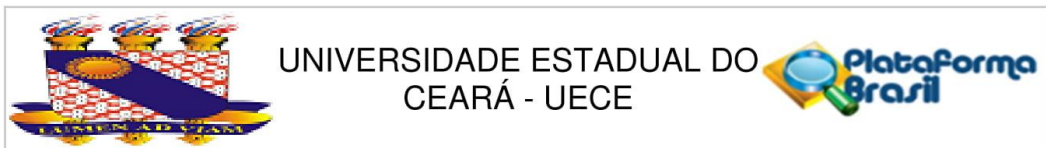
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 2.528.626

conhecimento sobre contracepção. • Comparar o conhecimento dos adolescentes sobre o tema antes e após a intervenção com a tecnologia educativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo trará riscos mínimos aos participantes, os quais estão relacionados aos questionamentos acerca de seus hábitos sexuais e o conhecimento sobre a temática, o que pode gerar constrangimentos e desconfortos. Estes serão minimizados ao ser providenciada privacidade adequada durante a resposta ao questionário, mantido o anonimato.

Benefícios:

Ressalta-se que haverá benefícios que superam os riscos, visto que será realizada uma intervenção educativa que objetiva melhorar o conhecimento no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Estes resultados podem contribuir com ações educativas que estimulem o autocuidado e a autonomia dos adolescentes na escolha de contraceptivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, a gravidez na adolescência configura-se como um problema social e de saúde pública, pois pode ser um risco tanto para o desenvolvimento biopsicossocial da adolescente, como para o desenvolvimento do bebê, com repercussões sociais, econômicas e familiares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou TCLE em forma de convite, apresenta o título e o objetivo da pesquisa, explicita adequadamente os riscos e benefícios, consta o telefone, endereço e email do CEP, há telefone, email, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável.

Termo de assentimento atende a todos os requisitos solicitados.

Apresentou folha de rosto assinada pela chefe do CCS e pela aluna.

Carta de anuência da instituição.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende aos preceitos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 2.528.626

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1060697.pdf	02/02/2018 19:18:46		Aceito
Outros	Carta_anuencia_corrigida_assinada.pdf	02/02/2018 19:15:30	MARCELA LIMA SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_assentimento.docx	02/02/2018 19:13:14	MARCELA LIMA SILVEIRA PRAXEDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.docx	02/02/2018 19:12:57	MARCELA LIMA SILVEIRA PRAXEDES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	19/01/2018 11:00:58	MARCELA LIMA SILVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_concordancia.pdf	05/01/2018 23:14:29	MARCELA LIMA SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.doc	05/01/2018 23:06:51	MARCELA LIMA SILVEIRA PRAXEDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 06 de Março de 2018

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br

ANEXO C – Instrumento de Coleta de Dados da Revisão Sistemática (Adaptado de Ursi, 2005)

I. IDENTIFICAÇÃO	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nomes: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
II. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
III. TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outras áreas da saúde	
IV: CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO	
Tipo de publicação	- Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> delineamento experimental <input type="checkbox"/> delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> delineamento não experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa - Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de caso <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____
Objetivo ou questão da investigação	
Amostra	- Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ _____ - Tamanho (N): Inicial _____ Final _____ - Características Idade _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem

	Raça _____ - Critérios de inclusão / exclusão do sujeito: _____ _____
Tratamento dos dados	_____ _____
Intervenções realizadas	- Variável independente (intervenção): _____ _____ - Variável dependente: _____ _____ - Grupo controle: () Sim () Não - Instrumento de medida: () Sim () Não - Duração do estudo _____ - Métodos empregados para a mensuração da intervenção _____ _____
Resultados	_____ _____ _____ _____
Análise	- Tratamento estatístico _____ - Nível de significância _____
Implicações	- As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ - Quais são as recomendações dos autores _____ _____
Nível de evidência	
V: AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos / participantes, critérios de inclusão / exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	