



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO

MAYARA INÁCIO DE OLIVEIRA

EFEITO DE HISTÓRIAS EM QUADRINHOS NA AUTOEFICÁCIA DA SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO

RECIFE

2025

MAYARA INÁCIO DE OLIVEIRA

EFEITO DE HISTÓRIAS EM QUADRINHOS NA AUTOEFICÁCIA DA SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de doutora em Enfermagem. Área de concentração: Saúde da Família nos Cenários do Cuidado em Enfermagem.

Projeto Mestre: Saúde sexual e reprodutiva nos diversos contextos no cuidado de Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Tatiane Gomes Guedes

RECIFE

2025

Catálogo de Publicação na Fonte. UFPE – Biblioteca Central

Oliveira, Mayara Inácio de.

Efeito de histórias em quadrinhos na autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: ensaio clínico randomizado / Mayara Inácio de Oliveira. - Recife, 2025.
160f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

Orientação: Tatiane Gomes Guedes.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Histórias em quadrinhos; 2. Saúde sexual e reprodutiva; 3. Autoeficácia. I. Guedes, Tatiane Gomes. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

MAYARA INÁCIO DE OLIVEIRA

EFEITO DE HISTÓRIAS EM QUADRINHOS NA AUTOEFICÁCIA DA SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de doutora em Enfermagem. Área de concentração: Saúde da Família nos Cenários do Cuidado em Enfermagem.

APROVADA EM:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Tatiane Gomes Guedes – Orientadora
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Sheila Costa de Oliveira
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Gabriela Cunha Schechtman Sette
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Thayse Gomes de Almeida
Universidade Federal de Alagoas

Prof. Dr. Guilherme Guarino de Moura Sá
Instituto Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A Jesus Cristo e a Maria que me fortaleceram na fé e esperança em toda a minha vida e me mantiveram erguida, durante todo o percurso do doutorado, sobretudo, nos momentos mais difíceis.

Ao meu amado e gracioso filho que com sorriso, carinho e afago não me deixou desistir.

Ao meu amado esposo que sempre me apoiou nas minhas decisões.

À minha mãe, que mesmo de longe, torce e me fortalece com suas orações.

Aos meus irmãos e minha família que são fonte de inspiração.

À minha orientadora Prof.^a. Dra. Tatiane Gomes Guedes, que nunca desistiu de mim, mesmo nos momentos mais difíceis da minha carreira profissional e acadêmica, sendo fonte imensurável de acolhimento, dedicação e amor pela profissão.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE e a todos os mestres que fizeram parte, com muito apreço, do meu processo de formação acadêmica.

RESUMO

A iniciação sexual tem ocorrido, de forma cada vez mais precoce, entre os jovens, sendo a adolescência a fase em que ocorre esse despertar. Para evitar gravidez não planejada e/ou infecções sexualmente transmissíveis, é necessário educar os jovens para uma vida sexual saudável. No campo das tecnologias, as histórias em quadrinhos, amplamente utilizadas por adolescentes, podem contribuir para o processo de educação em saúde desse público. Neste sentido, o estudo objetivou avaliar o efeito das histórias em quadrinhos “E, na hora H, o que pode rolar?”, na autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares. O conteúdo e a aparência das histórias em quadrinhos foram previamente validados por 24 juízes especialistas, alcançando percentual de concordância global de 0,91. Além disso, foi construído e validado instrumento para avaliar a autoeficácia promovida pelas histórias em quadrinhos na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, com percentual de concordância S-IVC/AVE de 0,9 e índice de concordância global de 0,91, na dimensão sexual; e percentual de concordância S-IVC/AVE de 0,95 e índice de concordância global de 0,92, na dimensão reprodutiva. Trata-se de ensaio clínico randomizado, longitudinal e duplo-cego, com acompanhamento dos grupos por 30 dias. Participaram do estudo, realizado entre os meses de fevereiro e maio de 2024, estudantes de duas escolas públicas estaduais do Distrito Sanitário IV da cidade de Recife, Pernambuco, majoritariamente alunos do primeiro e segundo ano do ensino médio. O grupo controle e o grupo intervenção tiveram acesso ao material sobre saúde sexual e reprodutiva presente no livro didático da escola. Adicionalmente, o grupo intervenção leu as histórias em quadrinhos. As escolas, localizadas no mesmo distrito sanitário, foram randomizadas em dois grupos: no Grupo 1, sorteou-se a escola para o grupo intervenção; e no Grupo 2, a escola para o grupo controle, com a participação de 63 e 66 alunos, respectivamente. Foram aplicados pré-testes para avaliar a autoeficácia dos grupos antes da intervenção, bem como pós-testes imediatos, após sete dias e, por fim, após 30 dias. A análise foi realizada por intenção de tratar. Os dados sociodemográficos foram analisados por meio de estatísticas descritivas e testes qui-quadrado/exato de Fisher para verificar a homogeneidade entre os grupos. Os escores de autoeficácia dos participantes do grupo intervenção e do grupo controle foram calculados, considerando-se valores máximos, mínimos, médias, medianas e desvios-padrão. Os resultados evidenciaram homogeneidade ($p < 0,05$) entre os grupos quanto ao sexo, à idade, ao gênero, à cor, ao estado civil, à renda familiar e religião. Contudo, não houve homogeneidade ($p < 0,05$) no âmbito da vida sexual. O grupo intervenção declarou início da atividade sexual antes do grupo controle (61% e 28%, respectivamente). Houve diferenças também quanto ao uso de

drogas lícitas (23% no grupo controle e 20% no grupo intervenção) e ilícitas (24% no grupo intervenção e 3% no grupo controle), bem como no uso do preservativo como método contraceptivo mais utilizado (39% no grupo intervenção e 26% no grupo controle), seguido da pílula anticoncepcional oral (20% no grupo intervenção e 4,93% no grupo controle). As médias nos pré-testes, pós-testes imediatos, pós-testes, após sete dias e pós-testes após 30 dias, nos grupos intervenção e grupo controle foram, respectivamente: 13,9 e 15,66 ($p=0,014$), 15,93 e 16,48 ($p=0,496$), 15,86 e 16,03 ($p=0,747$), 16,18 e 16,85 ($p=0,432$). Esses resultados refutaram a hipótese de que os escores de autoeficácia seriam significativamente maiores no grupo intervenção, após a leitura das histórias em quadrinhos. No entanto, a equiparação dos escores de autoeficácia entre os grupos no pós-teste imediato permite inferir que a tecnologia em questão pode ser recurso educacional útil para estimular práticas sexuais e reprodutivas saudáveis entre os adolescentes. Por fim, ao considerar as divergências importantes entre os grupos no pré-teste, além do curto intervalo de tempo entre a primeira e a última intervenção, recomenda-se a realização de novos estudos com maior número de participantes e avaliação dos efeitos a longo prazo. Ademais, sugere-se que outros profissionais, além dos enfermeiros, como professores, utilizem essa tecnologia para disseminar informações seguras e relevantes sobre saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes.

Palavras-chave: Histórias em Quadrinho; Saúde Sexual; Educação em Saúde; Autoeficácia; Enfermagem.

ABSTRACT

Sexual initiation has been occurring at an increasingly early age among young people, with adolescence being the phase in which this awakening occurs. In order to avoid unplanned pregnancies and/or sexually transmitted infections, it is necessary to educate young people about a healthy sex life. In the field of technology, comic books, which are commonly used among adolescents, can contribute to the health education process of this audience. In this sense, the objective was to evaluate the effect of the comic book “And at the right time, what can happen?” on the sexual and reproductive health self-efficacy of adolescent students. The content and appearance of the comic book were previously validated by 24 expert judges, with an S-IVC/AVE agreement percentage of 0.89, structure and presentation S-IVC/AVE of 0.91, relevance S-IVC/AVE of 0.94, and overall agreement index of 0.91. An instrument was also constructed and validated to assess the self-efficacy of comic books in adolescents' sexual and reproductive health, with a S-IVC/AVE agreement percentage of 0.9 and an overall agreement index of 0.91 in the sexual dimension, and a S-IVC/AVE agreement percentage of 0.95 and an overall agreement index of 0.92 in the reproductive dimension. This is a randomized, longitudinal, double-blind clinical trial, in which the groups were monitored for 30 days. Two state public schools in the IV health district of the city of Recife/Pernambuco, with first- and second-year high school students, participated from February to May 2024. The control and intervention groups had contact with the material on sexual and reproductive health in the school textbook. In addition, the intervention group read the comic books. The schools, located in the same health district, were randomized into two groups. In group 1, the school for the intervention group was randomly selected, and in group II, the school for the control group, with the participation of 63 and 66 students, respectively. Pre-tests were applied to verify the self-efficacy of the groups before the intervention, in the immediate post-test, then after seven days and, finally, after thirty days. The results showed similarity in the groups regarding sex, age, gender, race, marital status, family income and religion. In terms of sexual life, the intervention group reported starting sexual activity earlier than the control group, 61% and 28%, respectively. They were also not similar in relation to the use of legal drugs, with 23% for the control group and 20% for the intervention group; and illicit drugs, with 24% for the intervention group and 3% for the control group, in addition to condoms as the most used contraceptive method, with 39% for the intervention group and 26% for the control group, followed by the oral contraceptive pill, with 20% and 4.93%, respectively. The means in the pre-test, immediate post-test, 7-day post-test and 30-day post-test, in the intervention and

control groups were: 13.9 and 15.66 ($p=0.014$), 15.93 and 16.48 ($p=0.496$), 15.86 and 16.03 ($p=0.747$), 16.18 and 16.85 ($p=0.432$), respectively. These means refute the thesis that self-efficacy scores would be higher in the intervention group after reading the comic books. However, given the similarity of self-efficacy scores between the intervention and control groups in the immediate post-test, it is possible to infer that the technology in question is an educational resource that can be used to encourage healthy sexual and reproductive practices among adolescents. Finally, considering the significant differences between the groups in the pre-test, in addition to the short period of time between the first and last intervention, it is recommended that further studies be conducted with a larger number of adolescents and that can assess the long-term impact of using the technology. Furthermore, it is suggested that other professionals, in addition to nurses, can use the technology presented here, such as school teachers, to disseminate safe and important information for the sexual and reproductive lives of adolescents.

Keywords: Comics; Sexual Health; Health Education; Self-efficacy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Representação gráfica das etapas do estudo. Recife/PE, 2022	34
Figura 2 -	Distribuição das Gerências Regionais de Educação Regionais (GRE) do Estado de Pernambuco, Recife, 2021.....	41
Figura 3 -	Distribuição dos bairros do Distrito Sanitário IV do Recife/PE, 2018	42
Figura 4 -	Representação das imagens das capas das HQ	45
Figura 5 -	Impressão do material escolar utilizado nas escolas.....	47
Figura 6 -	Representação gráfica das etapas do estudo.....	49
Quadro 1 -	Temáticas abordadas nas Histórias em Quadrinhos.....	35
Quadro 2 -	Formulário de aplicação em duas dimensões	36
Quadro 3 -	Sugestões dos juízes para o instrumento	52
Gráfico 1 -	Representação dos itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde sexual no GI ao longo do acompanhamento. Recife/PE, Brasil, 2024.....	57
Gráfico 2 -	Representação de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde sexual no GC ao longo do acompanhamento. Recife/PE, Brasil, 2024.....	58
Gráfico 3 -	Representação de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde reprodutiva no GI ao longo do acompanhamento. Recife/PE, Brasil, 2024.....	59
Gráfico 4 -	Representação de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde reprodutiva no GC ao longo do acompanhamento. Recife/PE, Brasil, 2024.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relevância em frequência, Índice de Validade de Conteúdo e Percentual de Concordância, segundo juízes. Recife, PE, Brasil, 2024.....	50
Tabela 2 -	Comentários do público-alvo sobre o instrumento de pesquisa	53
Tabela 3 -	Caracterização sociodemográfica dos participantes GI e GC. Recife, PE, Brasil, 2024	53
Tabela 4 -	Caracterização da vida sexual dos participantes GI e GC. Recife, PE, Brasil, 2024.....	55
Tabela 5 -	Distribuição dos itens positivos nos questionários de autoeficácia sobre saúde sexual no GI ao longo do acompanhamento. Recife, PE, Brasil, 2024	56
Tabela 6 -	Caracterização da autoeficácia sobre saúde sexual no GC. N= 65. Recife, PE, Brasil, 2024.....	57
Tabela 7 -	Caracterização da autoeficácia sobre saúde reprodutiva no GI. N=63. Recife, PE, Brasil, 2024.....	59
Tabela 8	Caracterização da autoeficácia sobre saúde reprodutiva no GC. N=65 Recife, PE, Brasil, 2024.....	60
Tabela 9 -	Comparação dos somatórios obtidos no GI e GC no período pré-teste das dimensões da autoeficácia sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas estaduais. Recife, PE, Brasil, 2024.....	61
Tabela 10 -	Comparação dos somatórios obtidos no GI e GC no período pós-teste imediato das dimensões da autoeficácia sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas estaduais. Recife, PE, Brasil, 2024.....	61
Tabela 11 -	Comparação dos somatórios obtidos no GI e GC no período pós-teste sete dias das dimensões da autoeficácia sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas estaduais. Recife, PE, Brasil, 2024.....	61
Tabela 12 -	Comparação dos somatórios obtidos no GI e GC no período pós-teste trinta dias das dimensões da autoeficácia sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas estaduais. Recife, PE, Brasil, 2024.....	62
Tabela 13 -	Correlação entre o somatório das dimensões sexual e reprodutiva no GI. Recife, PE, Brasil, 2024.....	62

Tabela 14 -	Correlação entre o somatório do questionário completo no GI. Recife, PE, Brasil, 2024.....	63
Tabela 15 -	Correlação entre somatório das dimensões sexual e reprodutiva no GC. Recife, PE, Brasil, 2024.....	63
Tabela 16 -	Correlação entre o somatório do questionário completo GC. Recife, PE, Brasil, 2024.....	64
Tabela 17 -	Correlação entre questões 1 e 4 da dimensão sexual nos períodos de acompanhamento do estudo no GI. Recife, PE, Brasil, 2024.....	64
Tabela 18 -	Correlação entre questões 1 e 6 da dimensão sexual nos períodos de acompanhamento do estudo. Recife, PE, Brasil, 2024.....	65
Tabela 19 -	Correlação entre as questões 1 e 7 da dimensão sexual nos períodos de acompanhamento do estudo. Recife, PE, Brasil, 2024.....	65
Tabela 20 -	Correlação entre questões 1 e 16 da dimensão sexual nos períodos de acompanhamento no período do estudo. Recife, PE, Brasil, 2024.....	66
Tabela 21 -	Correlação entre questões 1 e 4 da dimensão reprodutiva no período de acompanhamento do estudo. Recife, PE, Brasil, 2024.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Autoeficácia
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSORT NPT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trial of Nonpharmacologic Treatments</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DIU	Dispositivo Intrauterino
DR	Dimensão Reprodutiva
DS	Dimensão Sexual
ECR	Ensaio Clínico Randomizados
ESF	Estratégia Saúde da Família
EREFEM	Escola de Referência do Ensino Médio Leal de Barros
ERMJT	Escola de Referência do Ensino Médio Joaquim de Távora
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
GRE	Gerência Regionais de Educação
HQ	Histórias em Quadrinhos
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LARCs	<i>Long-acting Reversible Contraceptives</i>
LDB	Lei de Diretrizes Básicas da Educação
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde na Escola
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PSE	Programa de Saúde na Escola
SIU	Sistema Intrauterino
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TALE	Termo de Assentimento Livre Esclarecido

TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TSC	Teoria Social Cognitiva
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Criança

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 HIPÓTESES.....	23
2.1 Hipótese H0	23
2.2 Hipótese H1	23
3 OBJETIVOS	24
3.1 Geral.....	24
3.2 Específicos.....	24
4 REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1 Teoria Social Cognitiva e Autoeficácia	25
4.2 A autoeficácia na Saúde Sexual e Reprodutiva em Adolescentes.....	26
5 REFERENCIAL TEMÁTICO	30
5.1 Tecnologias Educacionais na Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes	30
5.2 As Histórias em Quadrinhos no contexto da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes	31
6 MÉTODO	34
6.1 Desenho do estudo.....	34
6.1.1 Desenvolvimento do instrumento de coleta de dados	34
6.1.2 Amostra e seleção dos juízes para validação do instrumento de coleta de dados ..	36
6.1.3 Validação do instrumento de coleta de dados por juízes especialistas	37
6.1.4 Ensaio clínico randomizado	37
6.1.5 População e amostra do estudo	39
6.1.6 Randomização.....	40
6.1.7 Local do estudo	40
6.1.8 Definição Operacional das variáveis.....	42
6.1.9 Cegamento.....	42
6.1.10 Operacionalização para coleta de dados	43
6.1.11 Tecnologia educacional do tipo HQ.....	44
6.1.12 Teste-piloto	45
6.1.13 Pré-teste.....	45
6.1.14 Grupo Intervenção.....	46
6.1.15 Grupo Controle.....	46
6.1.16 Pós-testes.....	47

6.1.17 Análise de Dados.....	47
6.2 Resumo das Etapas do Estudos	48
6.3 Aspectos éticos.....	49
7 RESULTADOS	49
7.1 Validação do instrumento de coleta de dados	50
7.2 Autoeficácia do Gibi educacional acerca da Saúde Sexual e Reprodutiva.....	53
8 DISCUSSÃO	67
9 CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ANTES DA VALIDAÇÃO	89
APÊNDICE B – CARTA-CONVITE DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA.....	91
APÊNDICE C -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - JUÍZES ESPECIALISTAS.....	92
APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PELOS JUÍZES ESPECIALISTAS.....	94
APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	101
APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	103
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO MAIORES DE 18 ANOS).....	105
APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO MENORES DE 18 ANOS).....	107
APÊNDICE I - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
APÊNDICE J - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- PÚBLICO-ALVO.....	111
APÊNDICE K - CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA AS ESCOLAS	112
ANEXO A - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL	113
ANEXO B - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA USO DO PRESERVATIVO..	114
ANEXO C - CONSORTCHECKLIST OF INFORMATION TO INCLUDE WHEN REPORTING RANDOMIZED TRIALS ASSESSING NPTS.....	115
ANEXO D - HQ EDUCACIONAL: E, NA HORA H, O QUE PODE ROLAR?	118

ANEXO E - CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO LIVRO CIÊNCIAS HUMANAS	
.....	150
ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AS ESCOLAS	153
ANEXO G - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	155

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase conhecida pela transição entre a infância e a vida adulta, sendo considerada complexa por estar relacionada à autoafirmação, concretização da personalidade, transformações físicas e psicológicas, além de ser o período de novas experiências, entre elas, a vida sexual. O início da vida sexual permite o adolescente entrar no universo de descobertas, como também pode os expor a riscos de gravidez não planejada e às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Wahyuningsih, 2024; Germano, 2020; Silva, 2024).

Além disso, a iniciação sexual precoce pode gerar comportamentos considerados de risco para toda a vida. Estudo constata que ações, como o não uso do preservativo na primeira relação sexual, podem motivar maiores chances de perpetuar ao longo da vida, ou mesmo a utilização inconsistente do preservativo. Ao contrário, os adolescentes que utilizam preservativo na primeira vez, tendem a desenvolver relações protegidas subsequentemente à iniciação (Silva, 2024). Outro estudo evidenciou que 30,7% dos indivíduos, de 15 a 24 anos, realizavam sexo seguro, no entanto, 49,6% revelaram o uso de preservativo, apenas, com parceiros casuais, o que reforça comprometimento da saúde sexual de adolescentes (Fontes, 2017).

Os fatores para a não adesão ao preservativo pode estar relacionados à ausência de informação sobre o uso correto, à dificuldade e resistência em negociar com o parceiro, ao descrédito quanto ao risco de infecção, à falta de condições para aquisição, à vergonha em adquirir o produto em postos de saúde ou na escola, por medo de se expor, principalmente, em cidades do interior do país (Fontes, 2017; Silva, 2024).

A situação de saúde sexual dos adolescentes é preocupante no Brasil e no mundo. Em 2022, o Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas (UNICEF) estimou que 1,65 milhão de adolescentes viviam com HIV/Aids. Aproximadamente 1,1 milhão, ou seja, cerca 85% vivem nos países em desenvolvimento como: África Subsaariana, Ásia e nas Américas. A prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) aumentou significativamente de 1994 a 2017 entre o público adolescente (Wahyuningsih, 2024; Brasil, 2023).

No Brasil, dos 43.403 casos de HIV notificados, em 2022, quase a metade deles (41%), cerca de 17.802, era de pessoas de 15 a 29 anos de idade. Esses dados demonstram a necessidade de intervenções educacionais entre os adolescentes, para possíveis mudanças nesse cenário (Wahyuningsih, 2024; Brasil, 2023).

Outra consequência do início da vida sexual, sem a devida orientação, é a gravidez não planejada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, em 2019, houve 12 milhões de casos de gravidezes adolescentes não intencionais em países em desenvolvimento. O número de gestações entre 15 e 19 anos no ano de 2019, nos países de renda média-baixa, é de 21 milhões por ano, sendo que, das quais 50% foram indesejadas, resultando em 12 milhões de nascimento. Além disso, 55% das gestações indesejadas resultaram em aborto. O risco de desfecho negativo para a saúde das grávidas é alto, visto que mães adolescentes correm maior risco de eclampsia, endometrite puerperal, infecções sistêmicas, além de aumentar o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e condição neonatal grave (OMS, 2024; Sully, 2019; Wahyuningsih, 2024).

As consequências negativas na vida dos adolescentes, tanto no caso das IST quanto da gravidez não planejada, ampliam os custos dos serviços de saúde. Os danos, muitas vezes, são irreparáveis nos aspectos social e individual, com o surgimento de responsabilidades, mudanças físicas e até limitações em vivenciar a adolescência em plenitude (OMS, 2017; Sully, 2019).

As preocupações sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes são questões de discussão mundial, na agenda de Desenvolvimento Sustentável da ONU, justamente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Existem duas linhas das ODS que tratam sobre o assunto da saúde sexual, a primeira é abordada na ODS 3 que trata de saúde e bem-estar e tem por objetivo assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, incluindo acabar com a epidemia de Aids até 2030. Já a ODS 5 que aborda a igualdade de gênero, destaca a necessidade de garantir o acesso universal à saúde sexual, ao planejamento familiar e aos serviços de saúde de qualidade (Brasil, 2024).

Uma das dificuldades encontradas para garantir de forma plena a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes está atrelada às próprias características do grupo. Isto porque, esse público está em fase de formação de identidade, por vezes, acolhem-se em grupos com a mesma faixa etária, sendo difícil para outras pessoas, como familiares ou mesmo professores, acessarem tais indivíduos. Neste contexto, a família tem papel importante, pois estar presente e ter a confiança dos jovens contribui para melhores práticas sexuais, sobretudo, com orientação e acolhimento, em busca de compreender as necessidades dos jovens na descoberta da sexualidade. No entanto, dificuldades também são encontradas nesse processo de participação familiar nas ações e orientações sobre a saúde sexual e reprodutiva, muitas vezes, os pais têm tabu sobre a temática e preferem não conversar sobre o assunto, por acreditarem que podem incentivar o início da atividade sexual, sendo uma barreira para aproximação da família nos assuntos relacionados à sexualidade (Stephanou, 2021; Conceição, 2020; Jemmont, 2019).

Outra dificuldade para os jovens está atrelada à participação de profissionais de saúde nas orientações sobre saúde sexual. Assim, o adolescente, por diversos motivos, não é assistido adequadamente pelos serviços de saúde, entre eles, a dificuldade de abordá-los, o insuficiente interesse nos cuidados ao corpo, a vitalidade própria da idade, além do sentimento de que é inatingível por doenças relacionadas à sexualidade. Outras dificuldades também são apresentadas, como a escassez de acesso a serviços, índices elevados de casamento infantil, gravidez precoce ou não intencional, aborto inseguro e violência de gênero, constituindo impasses importantes para a não assistência desses jovens nos serviços de saúde (Munakampe, 2024; Veneziani, 2022).

Nesse contexto, a escola, sendo o ambiente que exerce grande influência na vida dos adolescentes, por ser local de formação, interação social, é considerada ideal para abordagem sobre saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da educação não formal (Germano, 2020). A escola se torna, assim, ambiente propício para a abordagem desse público em relação à saúde sexual e reprodutiva, é necessária, também, a articulação de educadores (professores e enfermeiros) que podem trazer essa informação com qualidade (Lopes, 2020; Furlanetto, 2018).

Dado alarmante mostra a realidade das características da educação sexual nas escolas, sendo que a maioria das intervenções sobre a temática são temporárias e, geralmente, realizadas por profissionais externos ao quadro escolar. Além disso, essas atividades não atingem a totalidade dos alunos, concentrando as ações no ensino fundamental (5º ao 9º ano) cerca de 75% e 25%, no ensino médio (Furlanetto, 2018).

Em mais de 20 anos, após a atualização dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), em 1996, tem se questionado quanto à efetividade da abordagem sobre a sexualidade, isso porque os comportamentos dos adolescentes demonstram que o público tem se exposto cada vez mais, a vida sexual mais precoce, sem a devida orientação, motiva a não utilização de preservativos, multiplicidade de parceiros e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade às IST e à gravidez não planejada (Corea, 2020; Furlanetto, 2018).

Para assegurar a transversalidade que a temática está inserida, além de estabelecer currículos mínimos para formação do adolescente, foram implementados, em 1998, os PCN, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). A LDB que dá origem aos PCN, aborda o tema da sexualidade no ambiente escolar, contribuindo com a transversalidade do assunto que deve perpassar em todas as disciplinas, incluindo a de caráter cultura, social e histórica. Essa temática é ordenada por tais diretrizes que visa formação e saúde no âmbito da sexualidade (Lopes, 2020; Furlanetto, 2018).

A fim de fortalecer o vínculo da educação com a saúde, também foi instituído o Programa de Saúde na Escola (PSE), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), parceria entre educação e saúde, que tem como uma das diretrizes a abordagem da saúde sexual e reprodutiva, sendo o enfermeiro um dos profissionais que atuam nesse cenário (Silva, 2024; Silva, 2023; Brasil, 1998; Brasil, 1996).

O PSE foi o marco na aproximação de profissionais de saúde nas escolas. Esse elo tem contribuído com a implementação de Projetos Políticos Pedagógico, capacitando professores e gestores, aproximando os adolescentes aos profissionais da saúde e, com isso, auxiliando-os nas orientações acerca da saúde de modo geral e, especificamente, da saúde sexual e reprodutiva (Veneziani, 2022).

A criação de estratégias, como o PSE, visa minimizar as dificuldades encontradas na abordagem da temática saúde sexual e reprodutiva. Esses entraves se devem, sobretudo, à temática que ainda está atrelada a uma série de tabus e convenções, dificultando a comunicação de forma clara, participativa e compreensiva entre público e educadores. Em contrapartida, o adolescente escolar se encontra no momento de descobertas, aprendizado e construção da identidade sexual, o que necessita da compreensão da sexualidade como um todo, para, assim, desenvolver atitudes seguras (Silva, 2024; Pinto, 2023).

Nesse contexto, para aproximar os adolescentes das estratégias de educação sexual e reprodutiva, devem-se utilizar de diálogos acerca da anatomia, fisiologia humana, métodos contraceptivos, prevenção de gravidez e autonomia sobre o corpo. Os profissionais, como os educadores e os enfermeiros, devem estar aptos a trabalharem de maneira transversal e, para auxiliar nessa dinâmica, esses profissionais podem utilizar de estratégias interativas, como as tecnologias educacionais (Germano, 2020; Silva, 2019).

As tecnologias como estratégias educacionais são importantes recursos no desenvolvimento comportamentos saudáveis. Além de facilitar a obtenção de conhecimento ou mesmo criar vínculos nas relações entre os indivíduos. Existem diversos tipos de tecnologias que podem ser utilizadas para mediar o processo ensino-aprendizado da saúde sexual e reprodutiva no contexto escolar, a exemplo de materiais impressos, jogos, aplicativos, dinâmicas de grupo e vídeos (Germano, 2020; Silva, 2019).

No grupo das tecnologias impressas, as Histórias em Quadrinhos (HQ) têm conquistado, cada vez mais espaço no ambiente escolar. O Ministério da Educação, desde 1997, preconiza que as HQ sejam trabalhadas em sala de aula como recurso para auxiliar na prática do profissional educador (Vergueiro, 2004).

As HQ ou Gibi, como é popularmente conhecida no Brasil, tornou-se importante recurso na educação em saúde. Na leitura, há apreensão de conceitos e significados que podem ser internalizados, transformando ações externas em ações internas. Além da combinação de texto e imagens que também auxilia no processo de apreensão da informação (Farias, 2024; Fontoura, 2023; Silva, 2024; Pinto, 2023).

As HQ é uma estratégia efetiva e de baixo custo, que auxiliam no processo de ensino-aprendizagem dos adolescentes, podendo ser utilizada como material de apoio, visto que uma das dificuldades apresentadas pelos educadores são esses materiais didáticos para acolhimento e orientação dos alunos e, ainda, pode ser utilizada de forma individual ou coletiva. Logo, uma tecnologia como o Gibi Educacional pode suprir a necessidade de recursos materiais, sendo acessível por ser tecnologia impressa (Farias, 2024; Fontoura, 2023; Silva, 2024; Pinto, 2023).

Além disso, as histórias apresentadas nas HQ tendem a aproximar os adolescentes do enredo, tornando-os coparticipantes, ao se identificarem com a realidade próxima a que vivenciam. Deste modo, as HQ com histórias criam o elo entre personagens-leitor, auxiliando na aprendizagem e, conseqüentemente na percepção sobre ações saudáveis. Ademais, a leitura prazerosa cria conexão emocional entre personagem e leitor, auxiliando na motivação para tomada de decisão segura acerca da saúde sexual e reprodutiva do indivíduo (Farias, 2024; Fontoura, 2023; Silva, 2024; Pinto, 2023; Veneziani, 2022).

É oportuno, portanto, estudos que visem implementação de estratégias na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Neste caso, o Gibi/HQ educacional pode contribuir com a diminuição dos altos índices de IST e gravidez não planejada entre esse público, uma vez que essa tecnologia é de fácil acesso, leitura dinâmica que combina imagens e textos de fácil compreensão. Além de ser tecnologia estratégica para se trabalhar com adolescentes, e pode ser utilizada para motivar enfermeiros, professores e alunos das escolas nas práticas de educação em saúde (Texeira, 2022; Fontoura, 2023; Silva, 2024; Pinto, 2023).

A motivação para decidir sobre melhores práticas sexuais e reprodutivas remete à autoeficácia do indivíduo, considerada como a capacidade do ser humano de estabelecer e exercer determinada conduta dentro do que se conhece e almeja. Essa capacidade de agir está vinculada a uma série de fatores que podem influenciar o indivíduo, como o conhecimento, os valores e as atitudes. De maneira geral, o indivíduo adquire crença pessoal sobre as próprias capacidades e, assim, supera desafios, desenvolvendo habilidades e convicção para alcançar sucesso ou objetivo. O termo utilizado para essa crença do indivíduo e motivação em agir é a autoeficácia (Mattos, 2020; Chernick, 2022).

Para conceituar a autoeficácia, é imprescindível atentar para epistemologia da palavra eficácia, que vem do latim e tem como sinônimos virtude, poder em produzir determinados efeitos, ou mesmo, atividade que tem como objetivo bons resultados. A autoeficácia, nesse sentido, é a designação da crença no êxito, no alcance de resultados esperados, ou seja, auto está atrelado ao eu e à eficácia, ao poder realizar algo (Mattos, 2020; Chernick, 2022).

A autoeficácia é definida por Bandura como os mecanismos pelas quais as pessoas creem no processo para alcançar determinado resultado. Essa crença de confiança enfatiza que as pessoas podem exercer influência sobre as próprias ações, determinando fatores do comportamento humano (Mattos, 2020; Chernick, 2022).

A autoeficácia pode ser utilizada, portanto, para compreensão da implementação de estratégias educacionais, inclusive, as que abordam a saúde sexual e reprodutiva. A exemplo, estudo realizado no interior de Minas Gerais, em que avalia a autoeficácia em uma pontuação de zero a 100, demonstrou escore de 58,8 pontos para autoeficácia de adolescentes na utilização do preservativo. Esse resultado, ainda, demonstra a necessidade dos jovens de participarem ativamente das estratégias de educação em saúde, para que possam tomar decisões conscientes e saudáveis (Silva, 2020).

Para desmistificar essa prática limitada do uso do preservativo, é necessário trabalhar com os jovens sobre a importância da utilização correta, como comportamento positivo que envolve a saúde. É notório que diversos fatores, além do conhecimento, estão em torno da decisão dos adolescentes de usar o preservativo, como aspectos afetivos, valores socioculturais, histórico da não utilização do preservativo na primeira relação sexual, predisponentes para o indivíduo manter-se motivado a realizar ou não determinada prática (Alves, 2017; Ciriaco, 2019; Correa, 2020; Silva, 2021).

Estudo que versou sobre a autoeficácia para utilização do preservativo em adolescentes demonstrou o contexto em que eles estão inseridos nas relações sexuais, desde comportamentos socioeconômicos até outros comportamentos de saúde. Na verificação das características econômicas, quase metade dos meninos já possuíam alguma ocupação remunerada e 37% das meninas também trabalhavam. No que diz respeito às atividades de lazer em ambos os sexos, mais de 80% tinham esses momentos considerados de grande relevância para troca de informações e experiências com amigos, familiares e toda a rede de apoio ao adolescente (Alves, 2017; Ciriaco, 2019; Correa, 2020; Silva, 2021).

Ainda sobre o estudo supracitado, foram coletadas informações sobre comportamentos de saúde, a exemplo do hábito fumar e demonstrou-se que 3,9% e 18,2% das meninas e dos meninos, respectivamente, tinham esse costume. Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas,

este foi de 62,8% e 38,6%, o uso de drogas ilícitas 4% e 9,1%, entre meninas e meninos, respectivamente. Essas ações podem refletir os anseios em adquirir novas experiências, além de ser gatilho para o despertar sexual. Sobre as relações sexuais, pouco mais de 60% dos adolescentes já haviam iniciado a vida sexual, 6,5% não utilizavam nenhum método contraceptivo e 26% dos meninos que também não faziam uso de método algum. Os escores de autoeficácia para o uso do preservativo foi de, aproximadamente, 58% para ambos os sexos, não havendo diferença significativa entre meninos e meninas (Silva, 2021).

Torna-se importante, assim, utilizar as tecnologias para promover a autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Nesta perspectiva, acredita-se que as HQ intitulada “E, na hora H, o que pode rolar?”, composta por uma história sobre saúde sexual e outra sobre saúde reprodutiva, validada segundo juízes e público-alvo, durante uma dissertação de mestrado, é uma tecnologia apropriada para promover a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares (Oliveira, 2018). Do exposto, questionou-se: qual o efeito da História em Quadrinho “E, na hora H, o que pode rolar?”, na autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares?

2 HIPÓTESES

2.1 Hipótese H0

Os escores da autoeficácia dos adolescentes que fizeram a leitura das histórias em quadrinhos sobre saúde sexual e reprodutiva (Grupo Intervenção), foram iguais aos escores dos adolescentes escolares que não fizeram a leitura das histórias em quadrinhos (Grupo Controle).

2.2 Hipótese H1

Os escores da autoeficácia dos adolescentes que fizeram a leitura das histórias em quadrinhos sobre saúde sexual e reprodutiva (Grupo Intervenção), foram mais elevados que os escores dos adolescentes escolares que não fizeram a leitura das histórias em quadrinhos (Grupo Controle).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o efeito das Histórias em Quadrinhos “E, na hora H, o que pode rolar?”, na autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares.

3.2 Específicos

- Desenvolver instrumento de avaliação para autoeficácia na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares;
- Identificar os escores da autoeficácia, pré-teste e pós-teste, da saúde sexual e reprodutiva intragrupo e intergrupo do grupo controle e grupo intervenção;
- Comparar os escores da autoeficácia entre os adolescentes intragrupo e intergrupo do grupo controle e grupo intervenção;
- Verificar a correlação das dimensões sexual e reprodutiva para autoeficácia de adolescentes escolares.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Teoria Social Cognitiva e Autoeficácia

A Teoria Social Cognitiva (TSC) de Bandura (1986) refere que o comportamento humano pode ser fundamentado no modelo da reciprocidade triádica, segundo a qual, a pessoa tanto afeta quanto é afetado por fatores ambientais, pessoais ou mesmo comportamentais, em um sistema intrinsecamente interligado. Essa reciprocidade considera o indivíduo responsável pelos próprios atos, podendo construir ou desconstruir o entorno dele, sendo agente ativo e passivo do ambiente em que está inserido. Neste contexto, as ações causam mudanças constantes na realidade em que está inserido, e tais mudanças determinarão ações futuras, pensamentos, emoções, em uma perspectiva cíclica e dinâmica (Bandura, 1996; Mattos, 2012).

Dentro da TSC, estão os construtos, um desses construtos é chamado de autoeficácia, compreendida como mecanismos internos, que gera o interesse/desperta o indivíduo para a mudança. A exemplo disso, tem-se a crença pessoal na própria capacidade de alcançar determinado objetivo ou superar um desafio, que torna a pessoa encorajada a realizar determinada ação em busca de alcançar a(s) próprias meta(s). Deste modo, o indivíduo acredita nas habilidades pessoais, mostrando-se mais confiante a superar os limites, além das dificuldades, assim, a autoeficácia pode ser desenvolvida e/ou fortalecida ao longo da vida (Mattos, 2012).

A Teoria da Autoeficácia (AE) propõe variáveis promissoras em diversas áreas da promoção, proteção à saúde, bem como na prevenção e recuperação da saúde. A AE se refere ao juízo que o indivíduo pode fazer acerca da capacidade de organizar e implementar atividades, principalmente situações que possam levá-lo a dificuldades, ambiguidades, ou mesmo situações geradoras de estresse. Nesse caso, a AE tem diversos efeitos no comportamento, nos padrões de pensamento, nas emoções, determinando quanto tempo o indivíduo irá despende esforços naquela situação (Ribeiro, 2014).

De modo geral, as pessoas tendem a evitar ações que creem exceder a capacidade de realizá-lo, ou que julguem de difícil resolução ou obtenção, em contrapartida, quanto mais forte for a percepção da eficácia, mais persistente em realizar ou seguir determinado percurso, mesmo com grandes obstáculos. Isto ocorre porque a eficácia é uma variável cognitiva, com função motivacional preponderante. A motivação se refere à persistência do comportamento, sendo a cognição o suporte para motivação (Ribeiro, 2014).

A base para motivação e níveis elevados de AE está na representação cognitiva de resultados futuros, na definição de objetivos e avaliação de resultados pessoais. A expectativa de resultado está guiada na percepção do indivíduo de acreditar ser capaz de realizar, com sucesso, o comportamento indispensável para produzir os resultados almejados. A repercussão da AE na saúde está baseada em duas vertentes, a primeira diz respeito às práticas de comportamento que influenciam na saúde, com AE mais elevada, os indivíduos tendem a adotarem comportamentos positivos de saúde e eliminarem os que a prejudica, já a segunda está relacionada à resposta fisiológica ao estresse, reduzindo o impacto negativo (Ribeiro, 2014).

Dessa forma, índices mais elevados de autoeficácia geram pessoas mais confiantes a buscarem estratégias e mudar comportamentos e/ou condutas que possam lhe causar prejuízos. Por isso, é notório o interesse em ampliar os conhecimentos acerca da temática autoeficácia. Diversas são as áreas que já atuam com esses conceitos, como saúde, humanas, engenharia, tecnologia da informação. Para o indivíduo, a expectativa da autoeficácia é de gerar mais confiança para enfrentar e superar dificuldades, seja na vida ou no ambiente de trabalho (Mattos, 2012; Ribeiro, 2014).

Além disso, os indivíduos com maior eficácia se recuperam mais rapidamente dos insucessos e associa tais insucessos para o aprimoramento de competências, potencializando a capacidade cognitiva (Mattos, 2012).

Para Bandura (1994), não basta que a pessoa tenha a habilidade de realizar determinada ação, mas também a crença e confiança pessoal que conseguirá realizá-la. Nesta perspectiva, a vontade e a persistência entram na percepção que o indivíduo tem de si mesmo, e quanto maior for essa confiança, maiores serão as chances de terminada ação ser cumprida com efetividade (Mattos, 2012).

4.2 A autoeficácia na Saúde Sexual e Reprodutiva em Adolescentes

A autoeficácia está relacionada à crença do ser humano em acreditar ser capaz de realizar determinado feito. Essa definição não é extensiva de forma igualitária para todos, visto que o comportamento humano se constitui de maneira diferente em determinadas condições, ambientes, culturas e contextos sociais. Deste modo, compreender a autoeficácia envolve a complexidade das relações humanas nos mais diversos contextos, como social, individual, profissional e na relação com o ambiente. Ao unir autoeficácia para a saúde sexual e um grupo

da sociedade que tem as especificidades, como é o caso dos adolescentes, essa temática torna-se ainda mais heterogênea e dinâmica (Mattos, 2012).

Metanálise realizado por O’Leary demonstrou como a AE impacta diretamente na saúde do indivíduo, bem como os aspectos mais preponderantes dessa relação saúde e autoeficácia. No estudo, foram analisados 56 artigos e percebeu-se que a AE é uma importante variável no controle do comportamento sexual dos adolescentes (O’Leary, 1992).

De modo geral, os adolescentes têm percepção errada sobre os riscos que correm em relação a contrair IST ou mesmo uma gravidez não planejada. Isto ocorre porque muitos jovens se consideram invulneráveis por associarem o risco de IST a pessoas toxicodependentes ou homossexuais. Esse pensamento diminui a probabilidade de os adolescentes apresentarem comportamentos sexuais condizentes com a prevenção de doenças (Pessoa, 2008).

Esse fato ocorre pelo fato de os adolescentes estarem na transição entre a infância e a vida adulta, com despertar, muitas vezes, para sexualidade. Diante da complexidade que a temática e o grupo exige, tratar de autoeficácia requer estudos desafiadores e, para abordar de forma efetiva, é imprescindível a utilização de recursos tecnológicos. A tecnologia educacional é um meio que pode auxiliar na adaptação dos jovens em lidar com essa fase da vida e a sexualidade, sem os expor a riscos inerentes de uma prática insegura (Mattos, 2012).

Isso porque as mudanças próprias da fase dos adolescentes podem auxiliar no processo de práticas inseguras, muitas atitudes estão relacionadas a informações inconsistentes sobre a temática da saúde sexual, além de dificuldade de comunicação com familiares e profissionais, e tabus que giram em torno dessa questão (Furlaneto, 2018). No entanto, pesquisas sobre autoeficácia demonstram que indivíduos autoeficazes são capazes de manter a motivação para alcançar determinados objetivos, nesse aspecto, mantê-los motivados para a própria saúde pode minimizar riscos inerente ao início da vida sexual sem a devida orientação (Mattos, 2012; Silva, 2021).

A necessidade de aproximar esses jovens da saúde sexual está relacionada, dentre outros motivos, ao início da relação sexual. Esta tem ocorrido cada vez mais precocemente, ainda no período da adolescência, pois as transformações inerentes da fase podem despertar o interesse para as relações sexuais. É imprescindível compreender que a sexualidade não é um apenas um fator biológico, mas psicológico, social influenciado por crenças, família, sociedade. Diante disso, é fundamental que os adolescentes sejam orientados para se sentirem seguros e independentes quanto as escolhas que realizam, minimizando os riscos de consequências negativas, como gravidez não planejada e IST (Silva, 2024).

No entanto, essa não é a realidade, uma série de estudos tem sido realizada para averiguar a real situação dos adolescentes e a relação deles com a saúde sexual e reprodutiva. Para Lopes (2020), em estudo, foram constatadas informações contraditórias pois, os alunos referiram conhecer sobre saúde e sexualidade, no entanto, o conhecimento não impactou nas atitudes dos jovens. Essa pesquisa revelou que 39% dos alunos afirmaram não havia utilizado preservativo na primeira relação sexual, 44% informaram ter tido relação sexual de forma ocasional e sem o uso do preservativo, e, ainda, 16% afirmaram ter feito uso de bebida alcoólica antes de ter relação, o que os expõe a comportamento de risco. Esses dados contrapõem ao encontrado na PeNSE, que demonstrou que mais da metade dos escolares (56,8%) afirmaram ter utilizado o preservativo no primeiro contato sexual (Lopes, 2020; Brasil, 2014).

Outros estudos buscaram informações sobre o que os adolescentes compreendiam acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e revelou dados alarmantes sobre essa população. Em média, os adolescentes identificavam seis IST, a mais citada foi a Aids, em 92,2%, entretanto, desconheciam sobre a sífilis em 35,6%, a herpes genital em 33,3%, a gonorreia em 30% e HPV, em 27,2%. Foi demonstrado, também, em pesquisa que todos os adolescentes sabiam da forma de transmissão das IST como sendo por meio da relação sexual, contudo, 63% destes participantes revelaram que o uso do preservativo é o método mais eficaz, em média, 28%, a pílula anticoncepcional é um método protetor e 5,6% revelaram a pílula do dia seguinte como método para prevenir IST (Genz, 2017; Silva, 2020).

No que concerne ao que os adolescentes vivenciam, existe inconsistência entre o que eles sabem e o que praticam, por exemplo, os jovens dizem conhecer o risco que a multiplicidade de parceiros pode trazer, além do uso associado de bebidas alcoólicas e utilização de drogas ilícitas que aumentam a possibilidade de prática sexual insegura, considerados comportamentos de risco, também demonstram conhecimento sobre as formas de transmissão das IST, mesmo assim, continuam a realizarem essas ações (Genz, 2017; Alves, 2017).

Outras questões socioculturais são importantes e podem diminuir a autoeficácia para comportamentos saudáveis são associadas a gênero e sexualidade, pois homossexuais e transgêneros têm comportamentos de risco aumentados para a saúde sexual e reprodutiva. As condições, como renda mais baixa, raça ou etnia, estão atreladas a negros e pardos as maiores chances de serem pais na adolescência, ou mesmo, o uso inconsistente do preservativo. Esses fatores expõem os adolescentes a riscos. Para sanar esses problemas que estão em volta da saúde sexual e reprodutiva, existem as estratégias educacionais, que visam minimizar as diferenças, integrar os jovens em decisões saudáveis, melhorando, assim, a autoeficácia para a saúde sexual

e reprodutiva (Partelli, 2022; Baumam, 2021; Stephanou, 2021; Evans, 2020; Wolley; Macinko, 2019).

Estudo realizado na Colômbia em que foi desenvolvido um programa de educação sexual, Competências para Adolescentes com Sexualidade Saudável (COMPAS), que tem por objetivo melhorar a autoeficácia dos jovens em relação à saúde, demonstrou que a curto prazo foi possível aumentar variáveis relacionadas a comportamentos sexuais de risco, como conhecimento sobre HIV, atitudes de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, assertividade sexual. Também, torna-se evidente que a prática de educação sexual continua a manter mudanças nas variáveis psicológicas e comportamentais a longo prazo (Gomez-Lugo, 2022).

Diante disso, é importante manter o adolescente motivado a desempenhar ações saudáveis em relação ao que envolve a sexualidade. Nesse contexto, intervir nesse cenário e avaliar a autoeficácia, já que ela se refere a atividades e situações concretas e particulares, pode auxiliar na mudança de comportamento. Como a autoeficácia pode variar entre grupos e, até mesmo indivíduos, pois sua percepção é capaz de refletir de forma específica, é fundamental intervir de forma efetiva e diretiva ao público e a necessidade dele. Ao utilizar tecnologias e um ambiente favorável para compreensão e reflexão acerca de determinado assunto, gera-se efeito maior na autoeficácia (Silva, 2021).

Dessa forma, são indispensáveis a criação de estratégias que possam aproximar os adolescentes das práticas educacionais. Além disso, os educadores necessitam de treinamento para abordagem livre de discriminações, julgamentos, valores pessoais e religiosos. Para auxiliar nesse processo, as tecnologias educacionais são instrumentos que favorecem esse momento e a consolidação das informações para o público-alvo (Lopes, 2020).

5 REFERENCIAL TEMÁTICO

5.1 Tecnologias Educacionais na Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes

As tecnologias educacionais constituem recursos presentes para ações inclusivas, possibilitando a comunicação adequada, a interação com o público nos contextos da educação. É uma forma fundamentada que auxilia na promoção de atitudes positivas diante das diversidades, além de promover práticas inclusivas (Souza, 2018).

No contexto da saúde sexual e reprodutiva, as tecnologias educacionais auxiliam não somente na informação, mas inclui os indivíduos como parte integrante da própria sexualidade, atingindo aspectos físicos e psicológicos na saúde, principalmente quando trabalhada com adolescentes que é atrelada à fase de descobertas, incluindo a sexual. Diversos fatores podem influenciar nas escolhas desse público, as transformações físicas, psicológicas e sociais de afirmação enquanto personalidade (Souza, 2018; Godino, 2020).

Por isso, a forma de abordagem de adolescentes deve ser diferenciada, própria para a idade, que respeite as limitações própria desse período de transformação, além de incluir e aproximá-los do assunto, para que se sintam confiantes em abordar sem tabu, sem convenções a sexualidade. Por isso que, além das tecnologias educacionais, os profissionais devem estar preparados para trabalhar essa temática. Os educadores, sobretudo os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, são aptos para trabalhar de forma ampla todo o ciclo vital, promovendo a saúde, inclusive, no âmbito da saúde sexual (Souza, 2018; Godino, 2020).

O Ministério da Saúde recomenda que a educação sexual seja trabalhada entre adolescentes do último ano do ensino fundamental e os alunos do ensino médio, por esse período corresponder, muitas vezes, ao despertar para a vida sexual. É notório que educadores com formação específica acerca da temática de saúde sexual e reprodutiva, pode otimizar os conhecimentos sobre a temática entre os adolescentes e, com isso, promover práticas de sexo seguro entre esse público (Genz, 2017).

Com o intuito de aliar profissionais capacitados, ambiente transformador (a escola) e um método produzido e controlado para favorecer conhecimentos sólidos e saberes estruturados, as tecnologias educacionais criam cenário ideal para o processo de ensino aprendizagem dos adolescentes. Situação favorável para formação desses jovens aptos a encararem a realidade de forma segura para si e as relações afetivas (Nobre, 2005).

Diversos recursos são utilizados para essa finalidade, os jogos são exemplos da atuação das tecnologias educacionais que trazem a temática ao adolescente. No caso dos jogos, estes

podem, através de ambiente prazeroso e divertido, auxiliar na criatividade, além de ser dinâmica que estimula a criticidade dos jovens. O espaço se torna de troca de aprendizado, consolidação de informações de qualidade, além de novas descobertas. Os jogos têm diversas facetas, podendo ser manuais, eletrônicos, sendo, além de ferramenta de aprendizagem, entretenimento e diversão (Oliveira, 2017).

Outro exemplo são as cartilhas de verdades ou mitos que esclarecem os tabus sociais acerca da saúde sexual e reprodutiva. Não menos conhecidos, são os websites interativos, recurso que podem ser acessados de qualquer local pelo adolescente e detêm de conteúdo confiável, além de garantir o anonimato, favorecendo, ainda mais, a adesão ao recurso. Os vídeos educacionais sobre a temática abrem espaço para discussões e aprofundamento, fomentando diálogos não somente entre alunos, como também entre educadores (Souza, 2018; Oliveira, 2017; Custódio, 2020; Ferreira, 2020; Varela, 1996).

Por fim, diversas tecnologias educacionais têm sido desenvolvidas para trabalhar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, são recursos físicos, eletrônicos, além de momentos como rodas de conversa, discussão grupal. No que concerne às tecnologias físicas, os livros didáticos, revistas e, até mesmo, as histórias em quadrinhos têm destaque para essa abordagem.

A utilização das histórias em quadrinhos começa nos primórdios, primeiramente surge em formas de desenhos para estabelecer a comunicação, e, após isso, com a linguagem verbal, trouxe a fusão dos desejos e da escrita. Com o advento da revolução cultural na modernidade, as HQ se consolidaram enquanto veículo de leitura e, posteriormente, as HQ saíram do âmbito do entretenimento para fazer parte também do âmbito educacional (Fraron, 2013).

5.2 As Histórias em Quadrinhos no contexto da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes

Atualmente e pelo grande potencial, tem sido amplamente divulgada nesse ambiente e entre outros, fazendo parte, inclusive, da alfabetização, do letramento na Educação Básica e, até mesmo, no processo avaliativo do aluno. Isto é possível por ser recurso de baixo custo, fácil e acessível (Seixas, 2020).

Quando utilizadas por professores em sala de aula, as HQ servem para oferecer suporte ao conteúdo, ilustrar ideias, por meio de histórias narradas, trazendo informação, entretenimento, afetando diretamente o público-alvo da estratégia. Por ser difundida há décadas, as HQ se tornaram populares entre crianças e adolescentes, mais um motivo para serem abordadas em escolas. As disciplinas que mais utilizaram a estratégia dos quadrinhos, de

maneira geral, são as da área de ciências humanas e, até mesmo, as ciências exatas e da natureza (Custodio, 2020; Ferreira, 2020; Varela, 1996; Seixas, 2020).

Dentro do PCN, existe a importância da escola na formação de indivíduos competentes para a sociedade e a necessidade de o ambiente escolar fomentar práticas planejadas, com objetivo de contribuir para o raciocínio crítico e construtivo do aluno. Nesse contexto, inserem-se as HQ que, por meio de conteúdos transversais, como saúde sexual e reprodutiva, trazem diversas linguagens e abordagens em diferentes cenários sociais, que auxiliam a formação de indivíduos críticos (Fraron, 2013; Seixas, 2020).

A leitura das HQ é capaz de atribuir significados importante, o que permite ao leitor se identificar com a história, se envolver, torcer pelos personagens e absorver a mensagem, de forma a internalizar essa informação e levá-la para realidade, pois há semelhança, a identidade do personagem em cada leitor (Fraron, 2013).

As HQ também podem ser utilizadas para discussão de temáticas importantes que carregam cultura e valores sociais. Entre crianças, por exemplo, foi desenvolvida uma HQ para discussão de gênero e as questões relacionadas à masculinidade e ao machismo. As discussões levantadas para esse público são de extrema importância para o amadurecimento de novas formas de pensar, que não deixem enraizados conceitos limitados para esses futuros adolescentes (Varela, 1996).

Um outro ponto referido nas HQ que captam o adolescente, é que, além da temática relacionada a descobertas próprias da idade, a sexualidade, saúde sexual, também existe o humor na ferramenta, que aproxima ainda mais esses jovens da leitura dinâmica, pouco densa e com informações de relevância, em um contexto da realidade. Diversos estudos têm demonstrado utilizar essa tecnologia para minimizar os efeitos deletérios da gravidez não planejada na adolescência, além das IST e de evitar comportamentos de riscos (Seixas, 2020).

A leveza e a leitura prazerosa com humor são grandes aliados na trajetória de captar adolescentes para discussões sobre a saúde sexual e reprodutiva, além de abrir espaço para o compartilhamento de opiniões, medos, tabus, mitos, tudo que assombra os jovens sobre a temática (Varela, 1996; Fraron, 2013; Seixas, 2020).

A comunicação verbal e não verbal da tecnologia em questão se torna elemento fundamental para diversos momentos de aprendizagem em sala de aula. Além de servir como material complementar, como objetivo desses elementos é atingir o público-alvo de forma a gerar reflexões e criticidade, importante na hora da tomada de decisão, como é o caso do início da vida sexual segura (Seixas, 2020).

Em estudo realizado por Seixas (2020), em que adolescentes, após assistirem 22 horas de aula sobre educação sexual na disciplina de biologia, tiveram que elaborar uma HQ sobre a temática, a fim de ser avaliado o processo de ensino-aprendizagem. Os temas elencados, após a leitura dos quadrinhos, foram: abuso ou assédio, adolecer: um impacto no contexto familiar, sexo, uma prova de amor? e (des) informação sobre processos biológicos na concepção (Seixas, 2020).

Na produção sobre o abuso ou assédio, houve a criação de uma história que sugeriu ser de abuso de parentes e uma das consequências foi a gravidez da adolescente. Em outro momento, a questão do adolecer foi abordada, tido como ciclo evolutivo, sendo marcado por efeitos previsíveis e imprevisíveis no seio familiar. No contexto dessa história, as brigas e disputas com os pais vêm do desejo de liberdade e, para alcançá-la, a adolescente engravida, mesmo conhecendo os métodos contraceptivos. É compreensível as crises inerentes a essa faixa etária, por isso, a importância do desenvolvimento de ações educativas para promover a autonomia do indivíduo. Também, foi revelada a falta de abertura para conversar com os pais sobre a sexualidade, o que reforça a importância da escola na abordagem dessa temática (Seixas, 2020).

Para os adolescentes, a proteção na hora do sexo está intimamente ligado ao amor, sendo ancorado na confiança, nas relações interpessoais que transcende à razão, ao conhecimento e ao científico. Esse comportamento está associado a processos simbólicos, atrelados à mudança da fase de dependência (infância) para a fase adulta, de independência. Nesses casos, pode ocorrer deturpação da realidade que gera uma série de atitudes que expõe os adolescentes ao risco, esse fato pode ser combatido por meio da educação sexual nas escolas (Seixas, 2020).

A gravidez na adolescência, por vezes, é tratada por esse grupo como algo almejado, são elencados como fortes predisponentes a engravidar nessa fase. Isso está relacionado a: desvantagens comunitárias e desorganizações sociais, vínculo e sucesso na escola, vínculo em instituições religiosas, estrutura e condição econômica das famílias, relação familiar, comunicação e crenças dos pais sobre sexualidade e contracepção, atitudes e comportamentos dos pares, presença de parceiro fixo, abuso sexual, antecedentes biológicos, condição étnica, comportamentos de risco, antecedentes sexuais (Fraron, 2013; Seixa, 2020).

As (des)informações apresentadas nas HQ sobre processos biológicos na concepção podem estar atreladas a resquícios do início do século passado XX, em que prevalecia a moral religiosa, reforçado o caráter repressivo das práticas sexuais. Além disso, o início da vida sexual precoce também está associado ao desconhecimento sobre concepção, gravidez inesperada e vulnerabilidade para IST (Seixas, 2020).

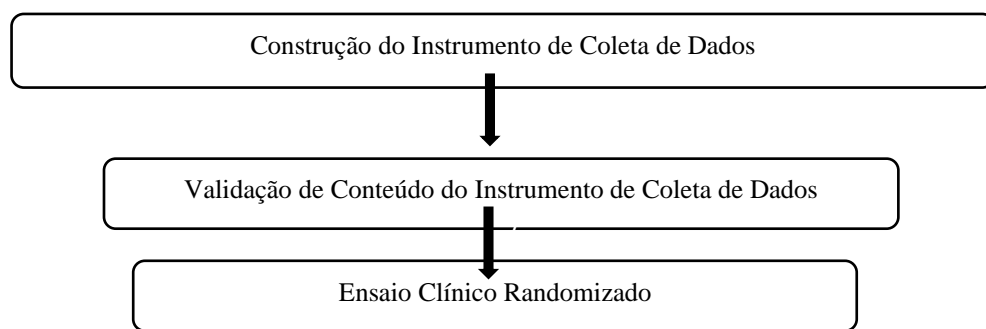
6 MÉTODO

6.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo multimétodo, no qual a primeira etapa realizada trata de um estudo metodológico, com a construção e validação de conteúdo e aparência do instrumento de coleta de dados. Esse método permite tornar os formulários confiáveis e preciso quanto ao que pretende medir (Polit, 2011). Na segunda etapa, foi realizado Ensaio Clínico Randomizado (ECR).

Na sequência, tem-se a Figura 1 com a representação gráfica das etapas do estudo.

Figura 1- Representação gráfica das etapas do estudo, Recife/PE, 2022



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

6.1.1 Desenvolvimento do instrumento de coleta de dados

A construção do formulário de coleta foi realizada a partir dos assuntos propostos nas histórias em quadrinhos e após busca na literatura sobre a autoeficácia e saúde sexual e reprodutiva.

A identificação das temáticas das HQ, descritas no Quadro 1, foi originada de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), intitulada “Necessidades de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares” (Barros, 2016).

Quadro 1 - Temáticas abordadas nas Histórias em Quadrinhos

Categoria temática	Subcategoria temática	Critérios de classificação
Saúde Sexual	Início da vida sexual	Necessidades de saúde a respeito do início da vida sexual, considerando as questões como idade e formas de iniciar a vida sexual.
	Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST	Modo de prevenção, transmissão, diagnóstico e tratamento das IST de modo geral.
	Uso do preservativo	Uso da camisinha - evidência principal da demanda-, com abordagem dos tipos, forma de utilização e consequências do uso/não uso.
	Práticas sexuais do cotidiano	Práticas sexuais diferentes do sexo vaginal, a exemplo do sexo anal, oral e de outras práticas diferenciadas que sejam abordadas.
Saúde Reprodutiva	Métodos contraceptivos	Uso dos métodos contraceptivos (exceto a camisinha), com questionamentos a respeito do modo de utilização, da eficácia e das consequências do uso/não uso.
	Gravidez saudável	Formas de engravidar saudável, assim como de manter uma gravidez saudável e sem risco à saúde da mãe e do bebê.
	Processo fisiológico gestacional	Processo fisiológico do corpo no momento da gravidez, abordando as mudanças fisiológicas tidas como normais e/ou patológicas da gestação.
	Aborto	Evidências do aborto (espontâneo e/ou provocado) como causa principal, assim como consequências psicológicas e/ou legais.

Fonte: Elaborada pela autora.

Arelada às temáticas das HQ, foi realizada busca na literatura acerca de formulários/questionários validados sobre autoeficácia e saúde sexual e reprodutiva. Essa proposta visou elaboração de instrumento, capaz de medir o construto da autoeficácia, a partir da tecnologia em questão. Os formulários sobre autoeficácia geral (Anexo A) e autoeficácia na utilização do preservativo (anexo B), validados no Brasil, auxiliaram nessa construção (Souza, 2004; Sousa, 2017), bem como a revisão na literatura, que resultou no formulário descrito a seguir (Apêndice A).

Para melhor compreensão, foi proposta subdivisão do formulário em duas dimensões, visto que as HQ contêm duas histórias, uma sobre saúde sexual intitulada de “E, na hora H, o que pode rolar?” e outra sobre saúde reprodutiva intitulada: “Aconteceu, e agora?”. Apresenta-se, na sequência, o questionário anterior à validação por juízes especialistas (Quadro 2).

Quadro 2 - Formulário de aplicação em duas dimensões

Dimensão Saúde Sexual	
1.	<input type="checkbox"/> Sinto-me envergonhado em usar o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) quando tenho relações sexuais
2.	<input type="checkbox"/> Sinto-me confiante em colocar ou remover o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) quando tenho relações sexuais
3.	<input type="checkbox"/> Sinto-me confiante em colocar ou remover o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) nas preliminares sem atrapalhar o momento
4.	<input type="checkbox"/> Sinto-me confiante na minha capacidade em discutir, sobre o uso do preservativo, com qualquer parceiro (a) que eu possa ter.
5.	<input type="checkbox"/> Sinto-me confiante que posso usar o preservativo durante a relação sem que isso possa diminuir o prazer.
6.	<input type="checkbox"/> Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo mesmo após ter utilizado álcool.
7.	<input type="checkbox"/> Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo mesmo após ter utilizado drogas.
8.	<input type="checkbox"/> Mesmo que meu parceiro (a) se opuser, eu o incentivo, pois só transo com o preservativo.
9.	<input type="checkbox"/> Sinto-me confiante em usar o preservativo, pois sei que é o único método de prevenir HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.
10.	<input type="checkbox"/> Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho uma doença sexualmente transmissível
11.	<input type="checkbox"/> Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que já tive doença sexualmente transmissível
12.	<input type="checkbox"/> Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho relação homossexual.
13.	<input type="checkbox"/> Costumo ir todo ano ao profissional de saúde para realizar meus exames e me orientar sobre a minha saúde sexual.
14.	<input type="checkbox"/> Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com amigos
15.	<input type="checkbox"/> Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com profissionais de saúde
16.	<input type="checkbox"/> Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com parentes
17.	<input type="checkbox"/> Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações na internet
18.	<input type="checkbox"/> Eu não usaria preservativo nas relações sexuais, pois não há risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.
19.	<input type="checkbox"/> Eu não usaria o preservativo nas relação anal, pois não há risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.
20.	<input type="checkbox"/> Sinto-me seguro (a) de que ter vários parceiros (as) não aumenta o risco de infecções.
Dimensão Saúde Reprodutiva	
1.	<input type="checkbox"/> Sinto-me confiante em utilizar métodos contraceptivos indicados por profissionais de saúde, pois são meios de evitar gravidez.
2.	<input type="checkbox"/> Prefiro usar métodos contraceptivos indicados pelos amigos(as), pois confio neles.
3.	<input type="checkbox"/> Eu acredito que o coito interrompido é um bom método para evitar a gravidez
4.	<input type="checkbox"/> Sinto-me confiante de que não quero engravidar na adolescência
5.	<input type="checkbox"/> Eu não me sinto capaz de realizar um aborto, pois existe vários riscos para a mãe, como é o caso de infecções e até morte.
6.	<input type="checkbox"/> Eu me sinto confiável em usar ou em minha parceira usar anticoncepcional, pois previne a gravidez e também as infecções.
7.	<input type="checkbox"/> Sinto-me segura (o) de que o método hormonal (anticoncepcional) é mais indicado quando se tem um único parceiro (a)
8.	<input type="checkbox"/> Sinto-me segura(o) em conversar com os profissionais de saúde sobre métodos para evitar a gravidez, pois são pessoas confiáveis para me orientar.

Fonte: Elaborada pela autora.

6.1.2 Amostra e seleção dos juízes para validação do instrumento de coleta de dados

A amostra dos juízes especialistas seguiu a recomendação de Pasquali (2010), em que são necessários, no mínimo, sete juízes especialistas para avaliar um instrumento (Pasquali, 2010).

Os juízes foram escolhidos, considerando a experiência prática e produção científica relacionada à tecnologia educacional, adolescente, saúde sexual e reprodutiva e autoeficácia. A captação dos juízes ocorreu, entre novembro de 2023 e janeiro 2024, pela avaliação do currículo disponível na Plataforma Lattes.

No primeiro momento, foi realizada a busca, utilizando palavras-chave como “saúde sexual e reprodutiva”, “adolescentes”, “autoeficácia”. Após a leitura dos currículos, foi enviado e-mail com a carta-convite (Apêndice B). Os juízes elegíveis e que aceitaram participar da pesquisa receberam o instrumento e as HQ por meio do *Google Forms*. Outro método utilizado, a partir da indicação de um juiz, foi o bola de neve, pois um juiz poderia indicar outros juízes. Após aceitarem participar da pesquisa, os juízes receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), no qual foi explicada toda a pesquisa.

6.1.3 Validação do instrumento de coleta de dados por juízes especialistas

O instrumento foi validado previamente por sete juízes especialistas, quanto ao conteúdo e à aparência (Pasquali, 2010). A validação do instrumento ocorreu por meio de uma escala de likert, com numeração de 1 a 4 para avaliar a relevância/representatividade, assim distribuídas: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo. Ou seja, em cada item do instrumento, os juízes poderiam considerar não relevante, necessita de grande revisão, necessita de pequena revisão ou relevante e representativo. Para as três primeiras classificações, foram aceitas sugestões de mudanças no item (Apêndice D) (Pasquali, 2010).

Para calcular a validade e fidedignidade do instrumento, aceitaram-se concordância de 0,85% e nível de confiança de 95%.

6.1.4 Ensaio clínico randomizado

O ECR possui como característica a casualidade, evitando, assim, interferências entre o pesquisador e o pesquisado (Favero, 2009; Vieira, 2015).

O estudo seguiu o guia de recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trial of Nonpharmacologic Treatments* (CONSORT NPT) (Anexo C), utilizada para realização de Ensaio Clínico Randomizados não farmacológicos. O CONSORT NPT possui itens de recomendações de escrita que tem por objetivo auxiliar no fornecimento de um método padrão para contribuir com a qualidade dos estudos e respectivos registros. Os itens contemplaram o esclarecimento de informações importantes, para que fosse possível comprovar se o estudo realizado dispunha do rigor metodológico ao qual se propõe o ECR, além disso, também recomendado relatar dificuldades, como o caso do cegamento, pois é frequentemente impossível em ensaios que avaliam o CONSORT NPT e depende de métodos complexos (Boutron, 2017).

Os participantes são alocados aleatoriamente no Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Um aspecto importante do ensaio clínico randomizado é o cegamento que representa o desconhecimento de todos ou de uma parte dos envolvidos na pesquisa quanto à alocação dos participantes no GI e do GC. Desta forma, evitam-se vieses nas diversas etapas que compõem a pesquisa. Considerado padrão máximo entre os métodos de investigação clínica, capaz de produzir evidências científicas diretas com menor probabilidade de erros em estabelecer uma relação causa-efeito entre dois ou mais eventos (Favero, 2009).

Portanto, para caracterizar o ensaio clínico randomizado como experimento, é necessário respeitar propriedades: manipulação, controle e randomização, cegamento. A manipulação ocorre quando o pesquisador altera a variável independente, mediante a aplicação de uma intervenção a alguns sujeitos participantes do estudo, para, assim, observar o efeito na variável dependente. O controle deve ter características semelhantes em relação ao grupo de intervenção, sendo caracterizado por ser o grupo que não recebe a intervenção presente no estudo que é a leitura da história em quadrinho, cujos participantes são analisados em relação à variável dependente que também é avaliada no grupo intervenção. A randomização tem como finalidade permitir a distribuição aleatória dos sujeitos em grupo controle e intervenção, sendo que cada participante possui as mesmas chances de serem incluídos em qualquer um dos grupos, no caso referido, foram utilizados os conglomerados (Favero, 2009; Sampieri, 2013).

O cegamento é outra característica que diminui a chance de erros ou de manipulação dos dados. Existe o cegamento que pode ocorrer entre os participantes, pesquisador, assistente de pesquisa (Furlanetto, 2018).

6.1.5 População e amostra do estudo

A população do ECR foi constituída por adolescentes do 9º ano do ensino fundamental II e alunos do ensino médio da rede de ensino estadual e municipal da cidade do Recife-PE, Brasil. Incluíram-se escolares que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: adolescentes de 14 a 19 anos, regularmente matriculados no 9º ano do ensino fundamental ou no ensino médio e que estivessem frequentando a escola durante o período de coleta de dados. A inclusão da faixa etária mínima de 14 anos e alunos a partir do 9º ano do ensino fundamental deveu-se ao fato do aluno, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), ter tido contato em sala de aula com o assunto referente à temática da saúde sexual e reprodutiva.

Excluíram-se adolescentes ausentes por motivo de doença ou que possuíam déficit cognitivo, ou seja, aquele aluno que já apresentava alguma limitação ou estava em acompanhamento especial e que não conseguia ler e interpretar o instrumento, inviabilizando o preenchimento do questionário (Brasil, 1996; Brasil, 1998). Tal déficit cognitivo foi referenciado pelos professores, que possuíam laudo sobre as limitações cognitivas de alguns estudantes.

Como no ECR, como critérios de descontinuidade, consideraram-se alunos que mudaram de escola e alunos que desistiram da pesquisa em qualquer fase do estudo. O presente estudo teve a intenção de tratar, sendo assim, os alunos que não comparecessem a alguma das etapas, mas que se apresentaram nas etapas subsequentes, permaneceram inseridos na pesquisa.

A definição do cálculo amostral ocorreu partir da fórmula para estudos com comparação entre grupos, proposta por Arango (2009) e utilizada no estudo de Galindo Neto (2018), que comparou estratégia de educação em saúde para escolares (Arango, 2009; Galindo Neto, 2018), definida por: n o tamanho da amostra; $Z\alpha$ o coeficiente de confiança (estabelecido em 95%); $Z\beta$ o poder do teste (que será de 80%); o p_1 a prevalência do desfecho no grupo controle, que pode ser definida por valores encontrados em estudos com populações semelhantes, p_2 se trata da prevalência do desfecho no grupo intervenção (uma vez que no presente estudo se esperava que o grupo intervenção possuisse 25% de diferença do grupo controle, sendo definido o valor de 0,75) (Lopes, 2013).

$$n = \frac{(Z\alpha \times \sqrt{p_1 \times q_1} + Z\beta \times \sqrt{p_2 \times q_2})^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

A partir desses valores, obteve-se amostra de 55 indivíduos para cada grupo. Como a pesquisa contemplou dois grupos, o valor total da amostra foi de 110. A fim de evitar possíveis perdas, foram acrescentados 20% em cada grupo, totalizando 132 participantes, dos quais, 66 pertenceram ao GC e 66 ao GI.

Ao final da coleta de dados, restaram 128 participantes, isto porque houve perda de quatro alunos, dois do GC e dois do GI. No GC, uma adolescente mudou-se de escola e outro desistiu, realizando apenas a etapa da aplicação do sociodemográfico. No grupo intervenção, dois alunos utilizaram pseudônimos na primeira etapa da coleta de dados, não sendo possível contactá-los posteriormente. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e maio de 2024.

6.1.6 Randomização

No ensaio clínico randomizado por cluster ou conglomerado, ocorre um experimento, com objetivo de comprovar o efeito de uma intervenção em saúde (Martins, 2013). Essa estratégia visa minimizar possíveis contágios nas situações em que pode haver influência dos participantes GI com o GC, é o caso das aplicações de tecnologias educacionais. Por se tratar de bairros dentro do mesmo distrito sanitário, separou-se em dois grupos. No Grupo 1, foram alocados os bairros: Várzea, Caxangá, Cidade Universitária, Iputinga, Engenho do Meio e Torrões; já no Grupo 2 composto por Cordeiro, Zumbi, Torre, Madalena, Prado e Ilha do Retiro.

No primeiro momento, todos os bairros foram alocados e foi sorteado o GI. Após o bairro escolhido, foi retirado do sorteio todo o grupo pertencente a ele, desta forma, todos os bairros participaram igualmente do primeiro sorteio, em seguida, foi sorteado GC. Essa estratégia de seleção visou minimizar os riscos de escolha de bairros vizinhos e, assim, ocorrer o viés de mistura.

No primeiro sorteio, o bairro do Grupo 1 selecionado foi o Engenho do Meio para o GI e, para o GC, foi selecionado, do Grupo 2, o bairro da Madalena. Dentre as escolas pertencentes ao Engenho do Meio, existiam duas escolas que atendiam aos critérios de seleção da amostra, sendo sorteada a Escola Professor Leal de Barros (EREFEM) e, na Madalena, também existiam duas escolas estaduais, sendo que a Escola de Aplicação do Recife foi excluída do sorteio por estar dentro de uma Universidade Pública, existir prova de seleção para entrada de alunos, diferenciando das demais escolas. Assim, a única elegível no bairro da Madalena foi Escola de Referência de Ensino Médio Joaquim de Távora (ERMJT).

6.1.7 Local do estudo

O ECR ocorreu nas escolas da rede estadual de Pernambuco e municipal da cidade do Recife (fundamental e ensino médio). O estado tem 16 Gerências Regionais de Educação (GRE). O município de Recife abrange a GRE 1 (Recife Norte) e GRE 2 (Recife Sul) (Figura 2). De acordo com o Censo escolar de 2019, Recife dispõe de 477 escolas municipais e estaduais, e o número de matrículas corresponde a 62% do total, cerca de 227.540 alunos da rede pública.

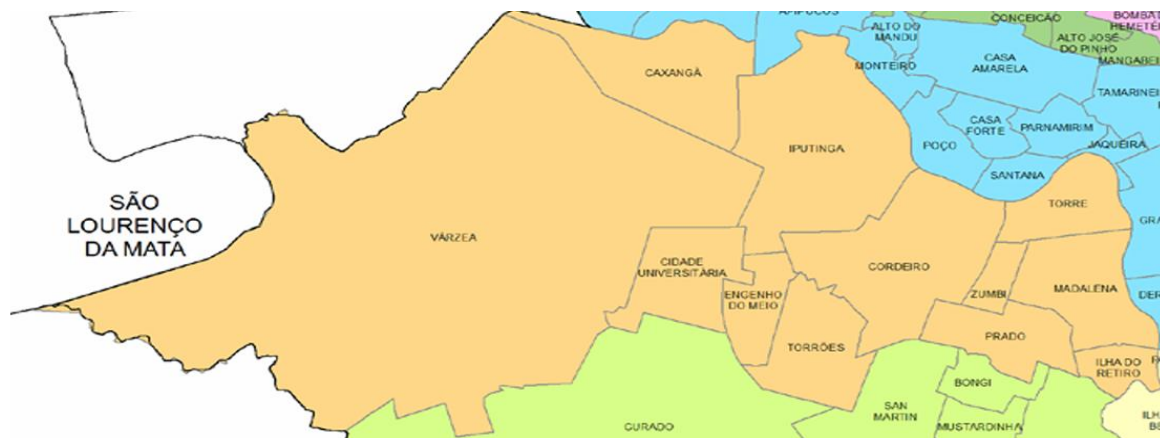
Figura 2 - Distribuição das Gerências Regionais de Educação (GRE) do Estado de Pernambuco, Recife, 2021



Fonte: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018-2021_4.pdf

As escolas foram escolhidas por conglomerado, com sorteio do bairro, dentro do Distrito Sanitário IV e, posteriormente, sorteio das escolas para o GC e GI. O Distrito, em questão, escolhido por pertencer a área de abrangência da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), apresentava população total 283.473 habitantes e compreendia os bairros: Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi. A Figura 3 demonstra na cor laranja os bairros de Recife, conforme o Distrito Sanitário IV.

Figura 3 - Distribuição dos Bairros do Distrito Sanitário IV de Recife/PE, 2018



Fonte: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018-2021_4.pdf

6.1.8 Definição Operacional das variáveis

Nas variáveis independentes, estiveram as características socioeconômicas, como idade, sexo, gênero, estado civil, renda familiar, religiosidade, escolaridade, bem como comportamento de saúde sexual e reprodutiva: início da vida sexual, uso de drogas, utilização de métodos contraceptivos (Apêndice E).

Este estudo considerou como variável dependente a autoeficácia em relação à saúde sexual e reprodutiva, mensurada por meio de escores obtidos no pré-teste e pós-teste. A distribuição de duas dimensões deveu-se ao fato das HQ conter duas histórias em quadrinhos, a intitulada de “E, na hora H, o que pode rolar?”, referente à saúde sexual; e outra “Aconteceu e agora?”, referente à saúde reprodutiva.

Considerou-se autoeficácia positiva apenas as respostas sinalizadas com o numeral 1, que significa “SIM”. Os formulários foram divididos em duas dimensões: relacionada à saúde sexual, com 16 questões e referente à saúde reprodutiva, com oito questões (Apêndice F).

O instrumento visou avaliar o desfecho primário avaliado que foi a autoeficácia, definida como a capacidade do ser humano, por meio de estímulos, alcançar um objetivo, nesse caso, um comportamento saudável em relação à saúde sexual e reprodutiva.

6.1.9 Cegamento

O pré-teste foi aplicado pela pesquisadora principal, assim como o pós-teste imediato. O estudo foi duplo cego, com cegamento dos assistentes de pesquisa que reaplicaram os formulários (pós-intervenção), no pós-teste, com 7 e 30 dias, e o profissional estatístico que fez a análise dos dados. Foram treinados quatro assistentes de pesquisa, dois para a escola intervenção e dois para a escola controle, nenhum dos assistentes sabia qual dos grupos foi intervenção e qual foi controle. Eles receberam os formulários de pesquisa, bem como a lista dos participantes e a disponibilidade das escolas na coleta de dados. Já o estatístico recebeu uma planilha que antes já havia sido feita a dupla digitação e a conferência dos dados, nessa planilha, havia o Grupo 1 e o Grupo 2, sem nenhuma identificação de qual foi o controle e qual foi a intervenção.

6.1.10 Operacionalização para coleta de dados

Todos os contatos realizados com os participantes foram realizados presencialmente, nas escolas participantes do estudo. No primeiro contato, decorrido em sala de aula, o pesquisador explicou sobre a pesquisa, bem como fez o convite para participação. Posteriormente, os alunos interessados solicitaram aos pais ou responsáveis a autorização para participar da pesquisa. Foram disponibilizados 15 dias para que os pais pudessem esclarecer possíveis dúvidas com o pesquisador e enviassem a autorização de participação dos adolescentes.

Nessa primeira etapa da coleta de dados, o pré-teste e o pós-teste imediato, foram aplicados pela própria doutoranda, que conhecia os GC e GI, assim como a intervenção. Os pós-testes seguintes foram aplicados por auxiliares de pesquisa, devidamente treinados. Considerou-se o intervalo de sete a quinze dias o período imediato curto e de trinta dias a 38 dias para aplicação do segundo pós-teste, o período mediato, esse intervalo permitiu que maior número de alunos pudesse participar de todas as etapas (Lima, 2022).

Após a autorização com assinatura do TCLE, disponível para alunos maiores de 18 anos ou para o responsável (Apêndices G e H) e o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (Apêndice I), em que o adolescente concordou com a participação na pesquisa. Depois, foi marcado o dia da coleta por série, de acordo com o calendário da escola, para não prejudicar os alunos nas atividades escolares, sendo utilizado o horário de aulas vagas para realização da coleta. Em uma sala de aula e mantendo os alunos distante um dos outros, foi aplicado o questionário sociodemográfico. Foram eleitos cinco alunos do GC e do GI para leitura do questionário, informar e avaliar se o questionário estava compreensível. Após essa etapa inicial,

foi aplicado o pré-teste. Para viabilizar a coleta de dados, a pesquisadora principal realizou a coleta do GI e GC, em dias diferentes, mas na mesma semana.

6.1.11 Tecnologia educacional do tipo HQ

A construção da HQ educacional, bem como a validação de conteúdo e aparência, ocorreu por meio, também, de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A HQ, desenvolvida com a participação ativa dos adolescentes escolares na elaboração dos personagens e do roteiro inicial, tornou a tecnologia mais próxima da realidade deste público (Oliveira, 2018).

As narrativas gráficas foram elaboradas por um profissional designer. Após a preparação do material, realizou-se a validação de conteúdo e aparência, com juízes especialistas e público-alvo, respectivamente, estando, assim, o Gibi educacional, apto para validação clínica, proposta neste estudo (Oliveira, 2018).

Na validação de conteúdo, participaram 24 juízes especialistas, que avaliaram a tecnologia com percentual de concordância S-IVC/AVE de 0,89, estrutura e apresentação S-IVC/AVE 0,91, relevância S-IVC/AVE 0,94 e índice de concordância global de 0,91 (Oliveira, 2018).

Na avaliação de aparência, participaram 19 adolescentes que avaliaram itens referentes à capa e contracapa, História 1, História 2 e aos personagens. Os adolescentes mencionaram sugestões quanto à aparência das personagens e discorreram sobre a importância da temática. Posteriormente, foram realizados os ajustes recomendados. Abaixo, na Figura 3, demonstram-se as histórias desenvolvidas na HQ (Anexo D).

Figura 4 - Representação das imagens das capas da HQ



Fonte: Oliveira, 2018.



6.1.12 Teste-piloto

A amostra selecionada foi randomizada em dois grupos: um que fez a leitura das HQ (GI) e outro que participou das aulas tradicionais e teve contato com material didático da escola (Anexo E).

Os primeiros cinco alunos participantes do GC e GI foram utilizados como teste, para avaliar/ identificar possíveis problemas na aplicação do instrumento de coleta de dados, além de poder estimar o tempo de aplicação das HQ para o GI e a aplicação do material escolar para o GC. Esse teste permitiu estimar tempo de 28 a 35 minutos para aplicação das tecnologias.

Além disso, esses cinco primeiros alunos responderam a um formulário sobre possíveis dificuldades encontradas no instrumento de coleta de dados e, assim, realizar possíveis ajustes (Apêndice J). Essa técnica é conhecida como *brainstorming* e permite perceber a compreensão do público-alvo aos itens do formulário (Pasquali, 2010). Assim, os primeiros cinco adolescentes de cada grupo receberam o formulário do pré-teste, fizeram a leitura e avaliaram se havia alguma frase ou palavra incompreensível. |Esse grupo foi incluído na amostra do estudo.

6.1.13 Pré-teste

Antes de abordar sobre a intervenção educacional, foi aplicado aos dois grupos (GI e GC) um pré-teste, a fim de avaliar a autoeficácia inicial dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva. Esse momento ocorreu em sala de aula e por série, com os alunos sentados de forma a não ficar próximos um dos outros. Os alunos que não aceitaram participar da pesquisa foram dispensados desse momento, saindo para o intervalo mais cedo.

6.1.14 Grupo Intervenção

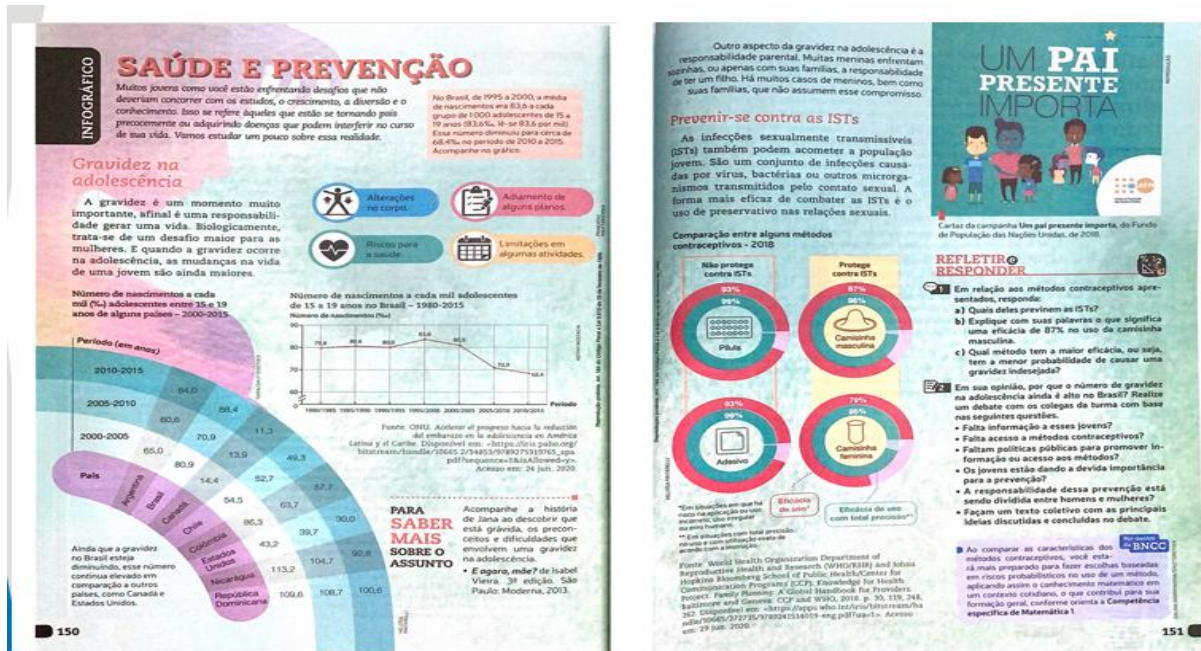
A intervenção foi caracterizada pela leitura das HQ impressas intitulada “E, na hora H, o que pode rolar?”, acerca da saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes escolares do 1º e 2º ano do ensino médio. Os alunos tiveram contato com a tecnologia no dia da intervenção, as etapas seguintes foram para verificação da autoeficácia após essa leitura.

A leitura das HQ e o preenchimento do instrumento ocorreram individualmente em horário de aula, de acordo com a indicação da escola. A utilização de um horário de aula livre, o que correspondeu a 50 minutos, para a aplicação do pré-teste, leitura da tecnologia educacional e aplicação do pós-teste imediato foi uma estratégia de operacionalização da coleta de dados, essas medidas permitiram a viabilização da coleta em tempo hábil.

6.1.15 Grupo Controle

No GC, ofereceu-se material didático proposto pelo Ministério da Educação, por meio do livro didático da escola, foram impressas as páginas do livro referentes à temática da sexualidade, conforme apresentada na Figura 5. No livro, foram abordados os seguintes assuntos: gravidez na adolescência, prevenção de IST, uso do preservativo, sexo e uso de álcool. Nesse momento, os alunos leram sobre o conteúdo que estava no material escolar.

Figura 5 - Impressão do material escolar utilizado nas escolas



Fonte: Ministério da Educação, 2018

Da mesma forma que no GI, os participantes do GC que tiveram quaisquer dúvidas sobre a temática foram orientados a aguardar o término da pesquisa, para que fossem realizado momento interativo para esclarecimentos. Esse momento foi uma forma de retribuir a atenção da participação, bem como auxiliar no processo de aprendizado do grupo.

6.1.16 Pós-testes

Após o 7º e o 30º dia da visita do pesquisador principal, o pesquisador assistente entrou em contato com a escola, e, assim, conseguiu abordar os adolescentes participantes para refazer os pós-teste e verificar se houve alguma mudança na autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva destes. A abordagem foi a mesma do pré-teste e pós-teste imediato, utilizou-se de horário de aula livre para aplicar os questionários. A fim de viabilizar a operacionalização, foram coletados os dados no período imediato curto (entre 7 e 14 dias) e no período mediano (15 e 21 dias), garantindo a menor perda de coleta possível. Assim como no pré-teste, o pós-teste foi realizado em sala de aula, horário disponível para aplicação do formulário sobre autoeficácia, isso ocorreu de acordo com a disponibilidade da escola.

6.1.17 Análise de Dados

Na análise dos dados, construiu-se banco de dados no programa SPSS, versão 20.0. As variáveis sociodemográficas e econômicas pertinentes à caracterização dos participantes da pesquisa foi analisada por estatísticas descritiva (frequência absoluta, frequência relativa, os escores, valores mínimos e máximos). Utilizou-se de teste qui-quadrado/Exato de Fisher para verificação da homogeneidade entre os GI e GC.

A efetividade da intervenção foi estimada a partir da comparação das médias e da categorização do escores entre os grupos intervenção e controle. Para os escores no pré-teste e pós-teste, verificou-se a distribuição normal. No caso, foi aplicado o teste t para amostras pareadas na comparação dos intragrupos e o teste t para amostras independentes na comparação das médias no intergrupo. Para avaliar a associação das variáveis independentes e o escore de autoeficácia, criaram-se variáveis “adequada” e “inadequada”, a partir da mediana.

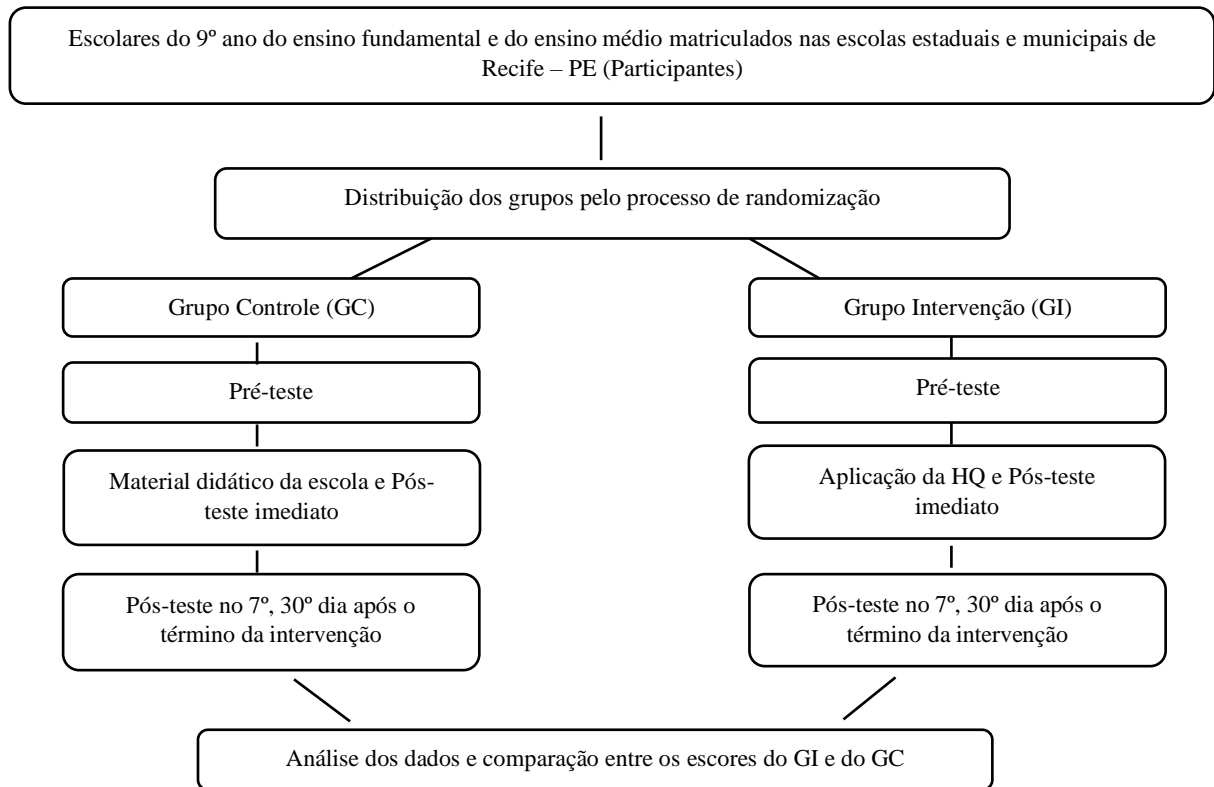
Os escores de autoeficácia dos participantes do GI e GC foram calculados, estimando-se máximo, mínimo, média, mediana e desvio-padrão. O escore de cada aluno foi calculado mediante o somatório das alternativas corretas do instrumento, com valor de 1,0 ponto para cada alternativa correta. As conclusões foram avaliadas, adotando-se o nível de significância de 5%.

6.2 Resumo das Etapas do Estudos

Inicialmente, construiu-se instrumento de coleta de dados de avaliação da autoeficácia dos adolescentes escolares para a saúde sexual e reprodutiva.

Para o ECR, realizou-se a randomização das escolas e, em seguida, a aplicação do pré-teste do GI e do GC. O GC recebeu aulas, conforme programa curricular da escola, e, no GI, aplicou-se intervenção educacional com as Histórias em Quadrinhos. O pós-teste foi realizado no 7º e 30º dia após a intervenção.

A Figura 6 apresenta as etapas realizadas no estudo.



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

6.3 Aspectos éticos

O estudo atendeu às recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012). Solicitou-se anuência da Secretaria de Educação de Pernambuco (Anexo F) e, após a obtenção do parecer favorável, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, conforme parecer nº 6.432.706 (Anexo G), a pesquisa foi iniciada.

Antes de iniciar a coleta, a escola foi contactada para apresentação da carta (Apêndice K) e do projeto. Após isso, os adolescentes foram contactados e explicou-se sobre o teor da pesquisa. Solicitou-se a assinatura do TCLE aos responsáveis dos participantes menores de 18 anos, bem como o TALE. Para os maiores de 18 anos, solicitou-se a assinatura do TCLE.

7 RESULTADOS

7.1 Validação do instrumento de coleta de dados

A Tabela 1 apresenta o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), segundo juízes, do instrumento de coleta de dados.

Tabela 1 - Relevância em frequência, Índice de Validade de Conteúdo e Percentual de Concordância, segundo juízes. Recife/PE, Brasil, 2024

n=7	Itens avaliados	RR	NPR	NGR	NR	TOTAL-IVC	%
	Dimensão Sexual						
1	Sinto-me envergonhado em usar o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) quando tenho relações sexuais	4	2	0	0	1	1
2	Sinto-me confiante em colocar ou remover o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) quando tenho relações sexuais	5	1	0	0	1	1
3	Sinto-me confiante em colocar ou remover o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) nas preliminares sem atrapalhar o momento	5	0	0	1	0,83	0,83
4	Sinto-me confiante na minha capacidade em discutir, sobre o uso do preservativo, com qualquer parceiro (a) que eu possa ter.	5	1	0	0	1	1
5	Sinto-me confiante que posso usar o preservativo durante a relação sem que isso possa diminuir o prazer.	6	0	0	0	1	1
6	Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo mesmo após ter utilizado álcool.	4	1	0	1	0,83	0,83
7	Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo, mesmo após ter utilizado drogas.	4	1	0	1	0,83	0,83
8	Mesmo que meu parceiro (a) se opuser, eu o incentivo, pois só transo com o preservativo	5	1	0	0	1	1
9	Sinto-me confiante em usar o preservativo, pois sei que é o único método de prevenir HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.	6	0	0	0	1	1
10	Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho uma doença sexualmente transmissível.	2	2	1	1	0,66	0,66
11	Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que já tive doença sexualmente transmissível	4	1	0	1	0,83	0,83
12	Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho relação homossexual.	3	1	1	1	0,66	0,66

13 Costumo ir todo ano ao profissional de saúde para realizar meus exames e me orientar sobre a minha saúde sexual.	3	3	0	0	1	1
14 Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com amigos.	4	2	0	0	0,1	1
15 Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com profissionais de saúde	5	1	0	0	0,1	1
16 Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com parentes.	4	2	0	0	0,1	1
17 Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual, eu busco informações na internet.	4	2	0	0	0,1	1
18 Eu não usaria preservativo nas relações sexuais, pois não há risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.	4	1	0	1	0,83	0,83
19 Eu não usaria o preservativo na relação anal, pois não há risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.	3	2	0	1	0,83	0,83
20 Sinto-me seguro (a) de que ter vários parceiros (as) não aumenta o risco de infecções.	4	1	1	0	0,83	0,83
<i>Percentual de concordância (S-IVC/AVE)</i>						0,9
<i>(S-IVC/AVE) Global</i>						0,92

Dimensão Reprodutiva

1 Sinto-me confiante em utilizar métodos contraceptivos indicados por profissionais de saúde, pois são meios de evitar gravidez.	5	1	0	0	1	1
2 Prefiro usar métodos contraceptivos indicados pelos amigos(as), pois confio neles.	5	0	1	0	0,83	0,83
3 Eu acredito que o coito interrompido é um bom método para evitar a gravidez	4	2	0	0	1	1
4 Sinto-me confiante de que não quero engravidar na adolescência	6	0	0	0	1	1
5 Eu não me sinto capaz de realizar um aborto, pois existem vários riscos para a mãe, como é o caso de infecções e até morte.	4	1	1	0	0,83	0,83
6 Eu me sinto confiável em usar ou em minha parceira usar anticoncepcional, pois previne a gravidez e também as infecções.	4	2	0	0	1	1
7 Sinto-me segura (o) de que o método hormonal (anticoncepcional) é mais indicado quando se tem um único parceiro (a).	5	1	0	0	1	1
8 Sinto-me segura(o) em conversar com os profissionais de saúde sobre métodos para evitar a gravidez, pois são pessoas confiáveis para me orientar.	5	1	0	0	1	1
<i>Percentual de concordância (S-IVC/AVE)</i>						0,95
<i>(S-IVC/AVE) Global</i>						0,92

*Critérios RR= Relevante ou Representativo, NPR= Necessita de Pequena Revisão, RGR = Necessita de Grande Revisão, NR= Não Relevante.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os itens que receberam IVC menor que 0,8 foram excluídos do instrumento. As sugestões dos itens foram acatadas de forma a adequá-lo para aplicação. Os itens 4 e 5, por apresentar similaridade nas informações, foram transformados em única pergunta, assim como os itens 18 e 19. O Quadro 3 apresenta as sugestões dos juízes acerca do instrumento de autoeficácia.

Quadro 3 - Sugestões dos juízes para o instrumento. Recife/PE, Brasil, 2024

Itens / Dimensões	Avaliação dos juízes
3 / Sexual	“Essa questão é semelhante a questão 5. Sinto-me confiante que posso usar o preservativo durante a relação, sem que isso possa diminuir o prazer. “O colocar ou remover o preservativo” já foi evidenciado nas questões 1 e 2. (Juiz 2)
4 / Sexual	Sugestão de mudança da frase: “Sinto-me confiante na minha capacidade em discutir, sobre o uso do preservativo, com qualquer parceiro (a) que eu possa ter.” para a frase: “Sinto-me confiante quanto a discussão sobre o uso de preservativo com qualquer parceiro (a) que eu possa ter.” (Juiz 3)
10 / Sexual	“Minha sugestão é manter o padrão das perguntas com uma autoeficácia “positiva”. (Juiz 2)
12 / Sexual	“Não existem evidências de um maior uso de preservativos pela população LGBT, portanto o item torna-se irrelevante.” (Juiz 4)
2 / Reprodutiva	“Sinto-me confiante em utilizar métodos contraceptivos indicados por amigos(as) que confio”. O juiz sugeriu acrescentar “amigos esclarecidos” (Juiz 2)
Todas as Questões	“Sobre as opções de respostas de vocês, acredito que não e nunca representam a mesma coisa. Sugestão: SIM, ÀS VEZES, NUNCA.” (Juiz 5)

Fonte: Elaborada pela autora.

O instrumento também foi avaliado pelo público-alvo, com objetivo de identificar possíveis incompreensões sobre perguntas e/ou palavras. Na aplicação, foram convidados cinco integrantes do Grupo Controle (GC) e cinco do Grupo Intervenção (GI). As respostas demonstraram clareza do instrumento para ambos os grupos. A Tabela 2 apresenta perguntas sobre o instrumento de coleta e as respostas dos adolescentes sobre a compreensão do questionário.

Tabela 2 - Comentários do público-alvo sobre o instrumento de pesquisa. Recife/PE, Brasil, 2024

Perguntas	Respostas	
	Sim	Não
Tema alguma frase no questionário que você não compreendeu?	0	10
Tem alguma palavra que ficou confusa para você no questionário?	0	10
De um modo geral o conteúdo do texto está compreensível?	10	0
Você tem alguma sugestão para as perguntas?	0	10

Fonte: Dados da pesquisa.

7.2 Autoeficácia do Gibi educacional acerca da Saúde Sexual e Reprodutiva

Participaram do estudo 128 adolescentes escolares, distribuídos em dois grupos: o GI e o GC, pertencente à Escola Joaquim de Távora e à Escola Leal de Barros, respectivamente.

A Tabela 3 apresenta a caracterização sociodemográfica dos grupos. Houve predominância do gênero feminino, orientação heterossexual, cor parda e renda familiar de um a dois salários-mínimos. Com exceção da série ($p < 0,001$), as características sociodemográficas dos participantes não foram distintas entre os grupos em variáveis, como sexo, idade, gênero, cor, renda, religião, no entanto, em características como: série (presente na Tabela 3), início da vida sexual, parceiros e uso de drogas, essas diferenças foram estatisticamente significativas (presentes na Tabela 4).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes, GI e GC. Recife, PE, Brasil, 2024. N=128

Variáveis	Grupos				Valor de p	Todos	
	Intervenção (N=63)		Controle (N=65)			N	%
	N	%	N	%			
Gênero					0,493 ¹		
Feminino	34	53,97	32	49,23		66	51,56
Masculino	28	44,44	32	49,23		60	46,88
Transmasculino	0	0	1	1,54		1	0,78
Transfeminino	1	1,59	0	0		1	0,78
Sexualidade					0,056 ¹		
Heterossexual	57	90,48	51	78,46		108	84,38
Bissexual	6	9,52	7	10,77		13	10,16
Homossexual	0	0	4	6,15		4	3,13
Outros	0	0	3	4,62		3	2,34
Cor					0,054 [†]		

Parda	36	60,0	25	38,46		61	48,80
Branca	9	15,0	21	32,31		30	24,00
Preta	12	20,0	15	23,08		27	21,60
Amarela	3	5,0	4	6,15		7	5,60
Estado civil					0,250 [†]		
Solteiro (a)	48	77,42	50	76,92		98	77,17
Amasiado (a)	6	9,68	11	16,92		17	13,39
Casado (a)	8	12,90	4	6,15		12	9,45
Renda					0,082 [†]		
1-2 SM	53	88,33	42	68,85		95	78,51
3-4 SM	5	8,33	12	19,67		17	14,05
5-6 SM	1	1,67	4	6,56		5	4,13
7 SM ou mais	1	1,67	3	4,92		4	3,31
Religião					0,433 [†]		
Nenhuma	29	46,03	21	32,81		50	39,37
Evangélica	16	25,40	21	32,81		37	29,13
Católica	15	23,81	18	28,13		33	25,98
Outra	2	3,17	3	4,69		5	3,94
Espírita	1	1,59	0	0		1	0,79
Candomblé	0	0	1	1,56		1	0,79
Série					<0,001 [†]		
Fundamental ano	9º	1	1,59	0	0	1	0,78
Médio 1º ano		28	44,44	1	1,55	29	22,66
Médio 2º ano		32	50,79	64	98,46	96	75,00
Médio 3º ano		2	3,17	0	0	2	1,56

Variável	GI		GC		Valor de p	Todos	
	Média (±DP)	Mín./ Máx.	Média (±DP)	Mín./ Máx.		Média (±DP)	Mín./ Máx.
Idade	16,19 (1,09)	14/ 19	16,01 (0,72)	14/ 18	0,283	16,10 (0,92)	14/ 19

Notas: SM = Salário-Mínimo. [†] Teste exato de Fisher. [‡] Teste qui-quadrado. DP = Desvio-padrão.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 4 apresenta a caracterização da vida sexual dos participantes. Do total, 45,31% possuíam vida sexual ativa, com frequência maior no GI ($p < 0,001$). Histórico de uso de substâncias psicoativas não diferiu entre os Grupos (0,120), no entanto, o tipo de droga foi predominantemente distinto ($p = 0,005$). O tipo de método contraceptivo utilizado foi, também, estatisticamente diferente entre os Grupos ($p < 0,003$).

Tabela 4 - Caracterização da vida sexual dos participantes, GI e GC. Recife, PE, Brasil, 2024.
N=128

Variáveis	Grupo				Valor de p	Todos	
	Intervenção (N=63)		Controle (N=65)			N	%
	N	%	N	%			
Vida sexual ativa					<0,001		
Sim	39	61,90	18	28,13		57	44,88
Não	24	38,10	46	71,88		70	55,12
Usa ou já utilizou substâncias psicoativas					0,120		
Já usou	25	48,08	18	29,51		43	38,05
Usa	27	51,92	42	68,85		69	61,06
Nunca usou	0	0	1	1,64		1	0,88
Tipo de drogas					0,005		
Lícitas	10	20,0	14	23,33		24	21,82
Ilícitas	12	24,0	2	3,33		14	12,73
Nunca usou	28	56,0	44	73,33		72	65,45
Parceiro (a) sexual atual					0,005		
Sem parceiro (a)	28	52,83	46	76,67		74	65,49
Parceiro (a) ocasional	11	20,75	1	1,67		12	10,62
Parceiro (a) regular	10	18,87	10	16,67		20	17,70
Parceiros (as) ocasionais	2	3,77	3	5,0		5	4,42
Parceiros (as) regulares	2	3,77	0	0		2	1,77
Utiliza método contraceptivo nas relações sexuais					0,003		
Não utiliza	2	3,77	2	3,28		4	3,51
Preservativo	21	39,62	16	26,23		37	32,46
Pílula ou injeção	11	20,75	3	4,92		14	12,28
Implante	0	0	0	0		0	0
DIU	1	1,89	0	0		1	0,88
Coito interrompido	2	3,77	0	0		2	1,75
Tabelinha	0	0	0	0		0	0
Abstinência	16	30,19	40	65,57		56	49,12
Outro	0	0	0	0		0	0
Variável	GI		GC		Valor de p	Todos	
	Média (±DP)	Mín./ Máx.	Média (±DP)	Mín./ Máx.		Média (±DP)	Mín./ Máx.
Idade de início da vida sexual	14,40 (1,38)	10/ 18	14,63 (0,95)	13/ 16	0,484	14,48 (1,24)	10/ 18

Notas: [†] Teste exato de Fisher. [‡] Teste qui-quadrado. DP = Desvio-padrão.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 5 e o Gráfico 1 evidenciam a distribuição de itens positivos no instrumento de autoeficácia sobre saúde sexual no Grupo 1, ao longo do acompanhamento. A retenção de resultados foi variável entre os itens do questionário. Em 15 itens, o mínimo de positividade

esteve presente no período pré-teste. Em cinco, dos 16 itens, o ápice de positividade foi alcançado no período pós-teste imediato.

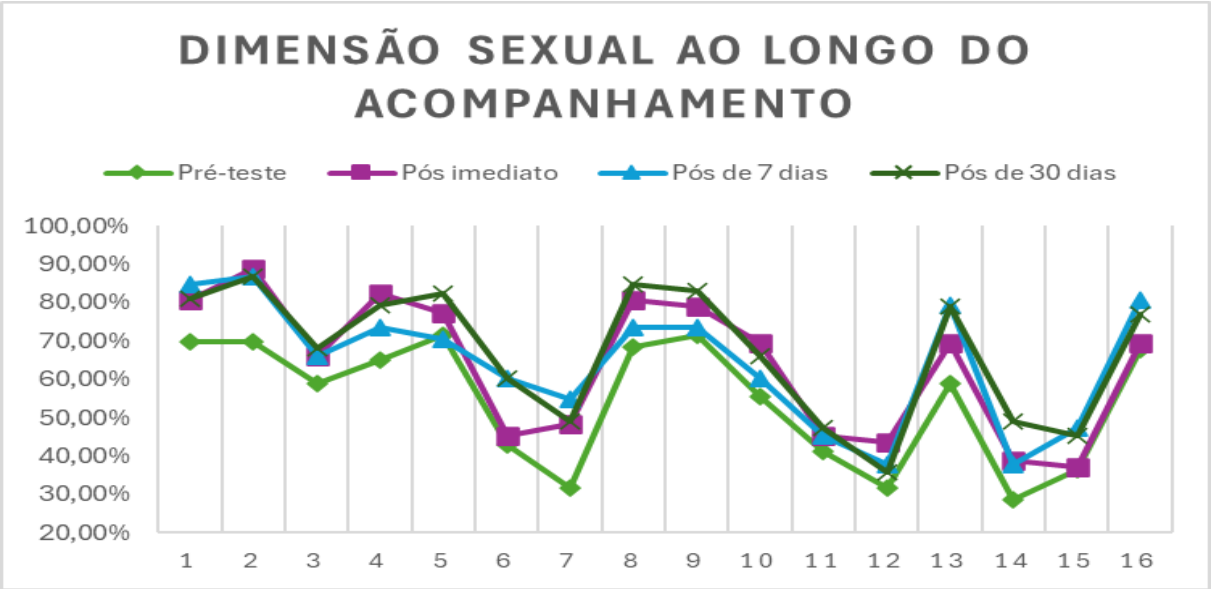
Identificou-se associação entre desempenho no item 2, entre os períodos pré-teste e pós-teste imediato ($p=0,009$) e pré-teste e pós-teste de sete dias ($p=0,029$). O item 4 mostrou associação entre pré-teste e pós-teste imediato ($p=0,029$). O item 7 apresentou associação entre pré-teste e pós-teste de sete dias ($p=0,013$). O item 8 mostrou associação entre pré-teste e pós-teste de 30 dias ($p=0,042$). Para os demais itens, não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 5 - Distribuição de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde sexual no GI, ao longo do acompanhamento. Recife, PE, Brasil, 2024. N=63

Itens	Período								Pré-teste x Pós imediato	Pré- teste x Pós de 7 dias	Pré- teste x Pós de 30 dias	Pós- imediato x Pós de 7 dias	Pós- imediato x Pós de 30 dias	Pós de 7 dias x Pós de 30 dias
	Pré-teste		Pós imediato		Pós de 7 dias		Pós de 30 dias		Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%						
1	44	69,84	50	80,65	44	84,62	43	81,13	0,162	0,063	0,162	0,579	0,947	0,636
2	44	69,84	55	88,71	46	86,79	46	86,79	0,009	0,029	0,029	0,754	0,754	1,0
3	37	58,73	41	66,13	35	66,04	36	67,92	0,393	0,419	0,307	0,992	0,838	0,836
4	41	65,08	51	82,26	39	73,58	42	79,25	0,029	0,324	0,092	0,261	0,682	0,492
5	45	71,43	48	77,42	36	70,59	42	82,35	0,443	0,922	0,173	0,408	0,517	0,161
6	27	42,86	28	45,16	32	60,38	32	60,38	0,795	0,060	0,060	0,103	0,103	1,0
7	20	31,75	30	48,39	29	54,72	26	49,06	0,058	0,013	0,058	0,498	0,943	0,560
8	43	68,25	50	80,65	39	73,58	44	84,62	0,112	0,530	0,042	0,367	0,579	0,165
9	45	71,43	49	79,03	39	73,58	44	83,02	0,325	0,796	0,141	0,492	0,588	0,239
10	35	55,56	43	69,35	32	60,38	35	66,04	0,111	0,600	0,250	0,314	0,704	0,546
11	26	41,27	28	45,16	24	45,28	25	47,17	0,661	0,664	0,524	0,990	0,829	0,846
12	20	31,75	27	43,55	20	37,74	19	35,85	0,173	0,499	0,641	0,527	0,401	0,840
13	37	58,73	43	69,35	42	79,25	41	78,85	0,216	0,018	0,022	0,229	0,252	0,960
14	18	28,57	24	38,71	20	37,74	26	49,06	0,230	0,295	0,024	0,915	0,265	0,240
15	23	36,51	23	37,10	25	47,17	24	45,28	0,946	0,245	0,338	0,275	0,373	0,846
16	42	67,74	43	69,35	42	80,77	40	76,92	0,847	0,116	0,277	0,163	0,366	0,631

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 1 - Representação de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde sexual no GI, ao longo do acompanhamento. Recife, PE, Brasil, 2024



Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 6 e o Gráfico 2 mostram a distribuição de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde sexual no GC, ao longo do acompanhamento. A retenção de resultados foi variável entre os itens do questionário. Em seis itens o mínimo de positividade esteve presente no período pré-teste. Em três, dos 16 itens, o ápice de positividade foi alcançado no período pós-teste imediato. Identificou-se associação entre desempenho no item 2, entre os períodos pré-teste e pós-teste de 30 dias ($p<0,001$).

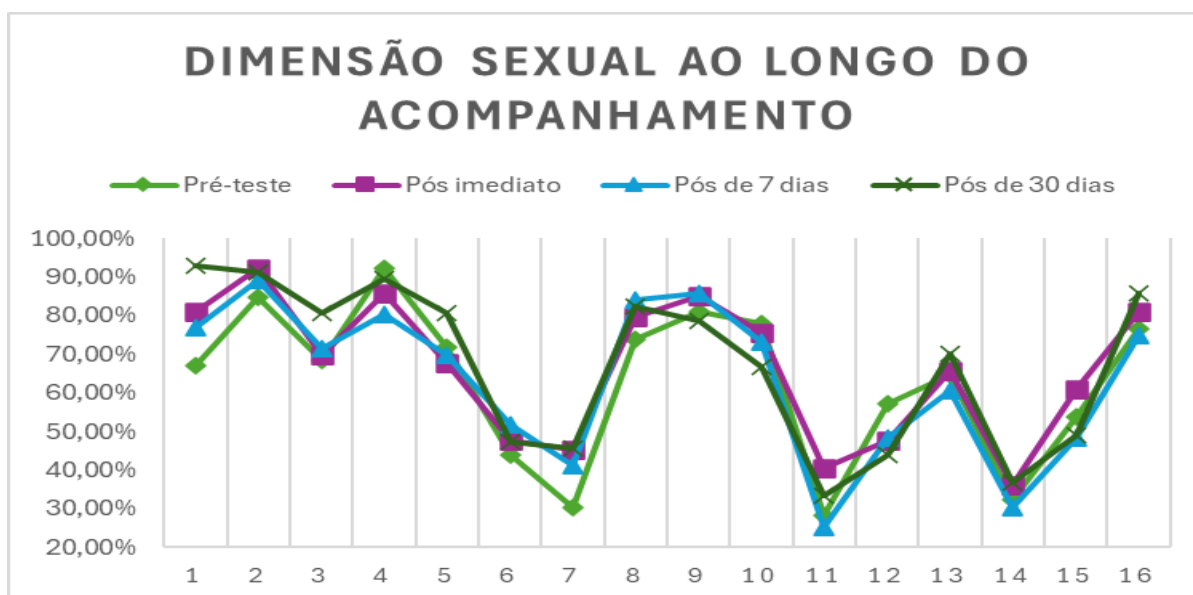
Tabela 6 - Caracterização da autoeficácia sobre saúde sexual no GC. Recife, PE, Brasil, 2024
N=65

Período									Pré- teste x Pós imediato	Pré- teste x Pós de 7 dias	Pré- teste x Pós de 30 dias	Pós- imediato x Pós de 7 dias	Pós- imediato x Pós de 30 dias	Pós de 7 dias x Pós de 30 dias
Itens	Pré-teste		Pós imediato		Pós de 7 dias		Pós de 30 dias							
	N	%	N	%	N	%	N	%						
									Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p
1	43	67,19	51	80,95	43	76,79	53	92,98	0,077	0,244	<0,001	0,578	0,053	0,016
2	55	84,62	59	92,19	50	89,29	52	91,23	0,180	0,450	0,267	0,583	0,848	0,728
3	43	68,25	44	69,84	40	71,43	46	80,70	0,847	0,707	0,120	0,850	0,170	0,248
4	59	92,19	54	85,71	45	80,36	51	89,47	0,244	0,057	0,604	0,435	0,534	0,175
5	46	71,88	42	67,74	39	69,64	46	80,70	0,613	0,788	0,256	0,824	0,108	0,173

6	28	43,75	30	47,62	29	51,79	27	47,37	0,662	0,379	0,690	0,650	0,978	0,639
7	19	30,16	28	45,16	23	41,07	26	45,61	0,083	0,214	0,081	0,654	0,960	0,626
8	48	73,85	51	79,69	47	83,93	47	82,46	0,432	0,178	0,253	0,549	0,698	0,834
9	51	80,95	52	85,25	48	85,71	44	78,57	0,524	0,488	0,747	0,943	0,347	0,324
10	49	77,78	46	75,41	41	73,21	38	66,67	0,755	0,563	0,173	0,786	0,295	0,448
11	18	28,13	26	40,63	14	25,0	19	33,33	0,137	0,699	0,535	0,070	0,407	0,330
12	36	57,14	30	47,62	27	48,21	25	43,86	0,285	0,330	0,146	0,948	0,680	0,642
13	42	64,62	42	65,63	34	60,71	40	70,18	0,904	0,658	0,514	0,578	0,593	0,290
14	21	32,31	23	35,94	17	30,36	21	36,84	0,664	0,818	0,599	0,518	0,918	0,466
15	35	53,85	39	60,94	27	48,21	28	49,12	0,415	0,537	0,602	0,162	0,192	0,923
16	49	76,56	51	80,95	42	75,0	48	85,71	0,545	0,842	0,204	0,433	0,488	0,154

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 2 - Representação de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde sexual no GC, ao longo do acompanhamento. Recife, PE, Brasil, 2024



Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 7 e o Gráfico 3 mostram a distribuição de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde reprodutiva no Grupo Intervenção, ao longo do acompanhamento. A retenção de resultados foi variável entre os itens do questionário. Em quatro itens, o mínimo de positividade esteve presente no período pré-teste. Em três, dos oito itens, o ápice de positividade foi alcançado no período pós-teste imediato.

Identificou-se associação entre desempenho no item 2, entre os períodos pré-teste e pós-teste imediato ($p < 0,001$), pré-teste e pós-teste de sete dias ($p < 0,001$) e pré-teste e pós-teste de 30 dias ($p = 0,013$). O item 3 mostrou associação entre pós-teste imediato e pós-teste de sete dias ($p = 0,034$). O item 4 apresentou associação entre pré-teste e pós-teste de sete dias ($p = 0,001$) e pré-teste e pós-teste de 30 dias ($p = 0,001$). O item 6 mostrou entre os períodos pré-teste e pós-teste imediato ($p < 0,001$), pré-teste e pós-teste de sete dias ($p = 0,013$) e pré-teste e pós-teste de

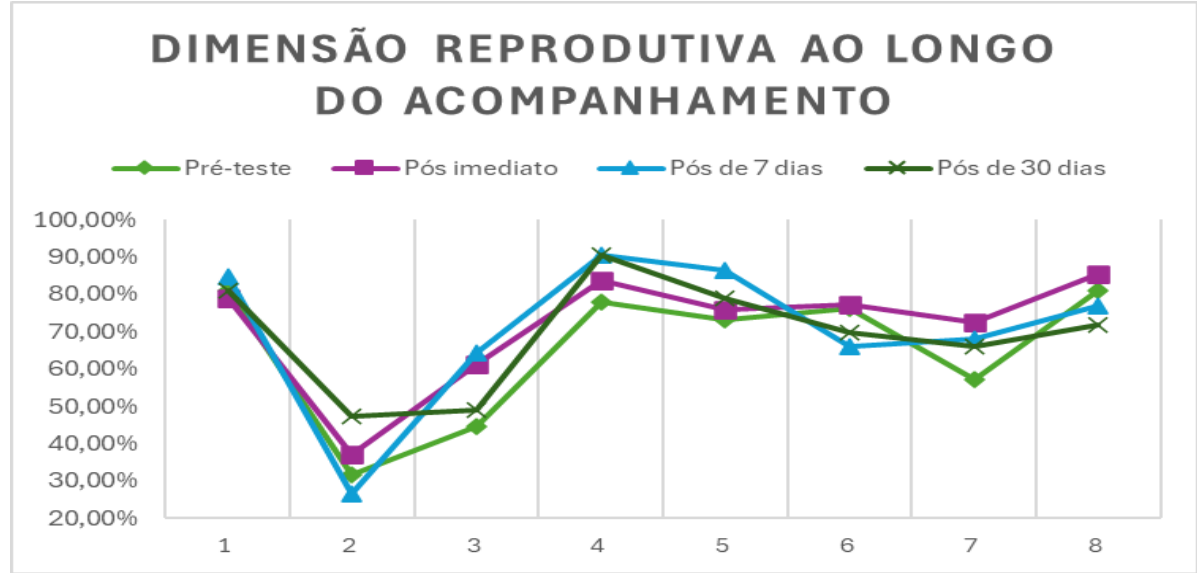
30 dias ($p=0,004$). O item 7 apresentou associação entre os períodos pré-teste e pós-teste imediato ($p=0,004$), pré-teste e pós-teste de sete dias ($p<0,001$) e pré-teste e pós-teste de 30 dias ($p<0,001$). Para os demais itens, não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 7 - Caracterização da autoeficácia sobre saúde reprodutiva no GI. Recife, PE, Brasil, 2024. N=63

Itens	Período								Pré-teste x Pós imediato	Pré-teste x Pós de 7 dias	Pré-teste x Pós de 30 dias	Pós-imediato x Pós de 7 dias	Pós-imediato x Pós de 30 dias	Pós de 7 dias x Pós de 30 dias
	Pré-teste		Pós imediato		Pós de 7 dias		Pós de 30 dias		Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%						
1	51	80,95	49	79,03	45	84,91	43	81,13	0,148	0,056	0,162	0,574	0,980	0,605
2	20	31,75	23	37,10	14	26,42	25	47,17	<0,001	<0,001	0,013	0,530	0,089	0,027
3	28	44,44	38	61,29	34	64,15	26	49,06	0,109	0,551	0,297	0,034	0,620	0,117
4	49	77,78	52	83,87	48	90,57	48	90,57	0,115	0,001	0,001	0,064	0,064	1,0
5	46	73,02	47	75,81	45	86,54	41	78,85	0,842	0,051	0,362	0,076	0,468	0,300
6	48	76,19	48	77,42	35	66,04	37	69,81	<0,001	0,013	0,004	0,227	0,439	0,677
7	36	57,14	45	72,58	36	67,92	35	66,04	0,004	<0,001	<0,001	0,233	0,327	0,836
8	51	80,95	53	85,48	40	76,92	38	71,70	0,102	0,302	0,687	0,597	0,240	0,540

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 3 - Representação de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde reprodutiva no GI, ao longo do acompanhamento. Recife, PE, Brasil, 2024



Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 8 e o Gráfico 4 mostram a distribuição de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde reprodutiva no GC, ao longo do acompanhamento. A retenção de resultados foi variável entre os itens do questionário. Em quatro itens, o mínimo de positividade

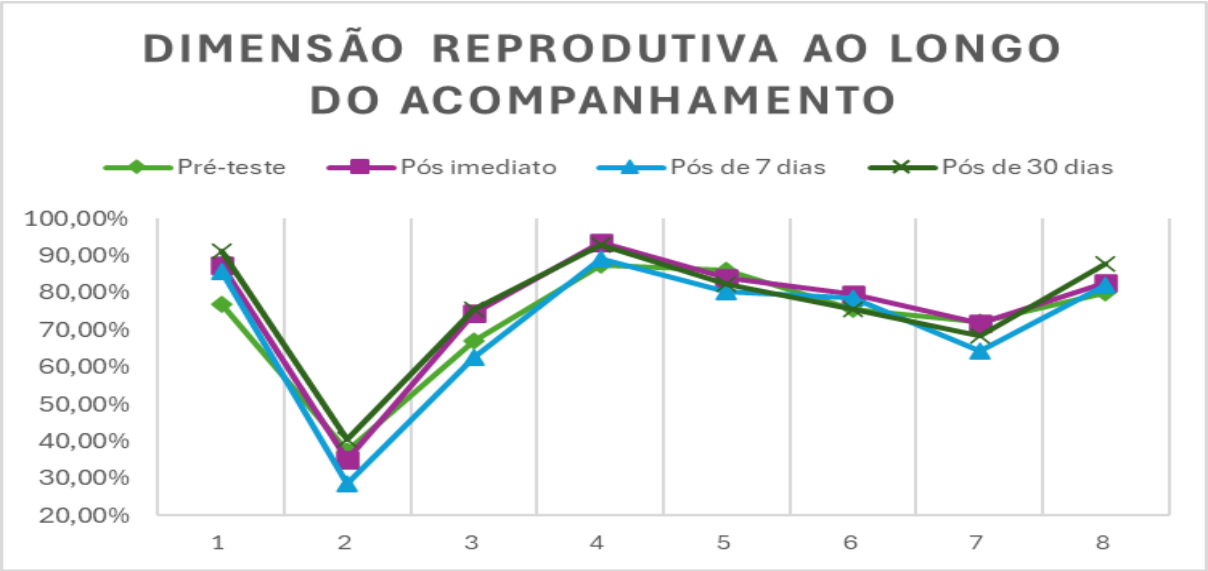
esteve presente no período pré-teste. Não houve associação estatisticamente significativa entre os itens e os períodos analisados.

Tabela 8 - Caracterização da autoeficácia sobre saúde reprodutiva no GC.. Recife, PE, Brasil, 2024. N=65

Itens	Período								Pré-teste x Pós imediato	Pré- teste x Pós de 7 dias	Pré- teste x Pós de 30 dias	Pós- imediato x Pós de 7 dias	Pós- imediato x Pós de 30 dias	Pós de 7 dias x Pós de 30 dias
	Pré-teste		Pós imediato		Pós de 7 dias		Pós de 30 dias		Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p	Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%						
1	50	76,92	56	87,50	48	85,71	52	91,23	0,117	0,219	0,033	0,774	0,509	0,358
2	24	37,50	22	34,92	16	28,57	23	40,35	0,762	0,301	0,748	0,458	0,539	0,188
3	43	67,19	47	74,60	35	62,50	43	75,44	0,358	0,591	0,318	0,155	0,916	0,137
4	56	87,50	59	93,65	50	89,29	53	92,98	0,236	0,761	0,314	0,392	0,883	0,489
5	55	85,94	53	84,13	45	80,36	47	82,46	0,775	0,413	0,599	0,590	0,806	0,774
6	49	75,38	51	79,69	44	78,57	43	75,44	0,558	0,679	0,994	0,881	0,575	0,692
7	47	72,31	46	71,88	36	64,29	39	68,42	0,956	0,343	0,639	0,373	0,678	0,642
8	52	80,0	53	82,81	46	82,14	50	87,72	0,681	0,765	0,251	0,923	0,449	0,407

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 4 - Representação de itens positivos no questionário de autoeficácia sobre saúde reprodutiva no GC, ao longo do acompanhamento. Recife, PE, Brasil, 2024



Fonte: Dados da pesquisa.

As Tabelas 9, 10, 11 e 12 apresentam as comparações dos somatórios obtidos nos GI e GC nos períodos de acompanhamento do estudo. Percebeu-se que, no período pré-teste, a autoeficácia dos adolescentes foi distinta ($p<0,05$), sendo a média das pontuações das

dimensões sexual e reprodutiva maior no Grupo 2. Este grupo também apresentou maior média de pontuação no questionário completo ($p=0,014$). Nos momentos posteriores da avaliação, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 9 - Comparação entre os GI e GC, no **período pré-teste**, das dimensões da autoeficácia sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas estaduais. Recife, PE, Brasil, 2024

Dimensões	GI (N=63)			GC (N=65)			Valor de p [‡]
	Média	DP	Mínimo/ Máximo	Média	DP	Mínimo/ Máximo	
Sexual	8,68	2,71	3/ 15	10,03	2,71	5/ 15	0,006
Reprodutiva	5,22	1,66	1/ 8	5,78	1,81	1/ 8	0,070
Questionário completo	13,90	3,71	7/ 23	15,66	4,24	1/ 23	0,014

[‡] Teste t de Student.

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 10 - Comparação entre GI e GC, no **pós-teste imediato**, das dimensões autoeficácia sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas estaduais e municipais. Recife-PE, Brasil, 2024

Dimensões	GI (N=62)			GC (N=63)			Valor de p [‡]
	Média	DP	Mínimo/ Máximo	Média	DP	Mínimo/ Máximo	
Sexual	10,20	3,06	2/ 16	10,43	3,14	1/ 15	0,730
Reprodutiva	5,72	1,70	1/ 8	6,04	1,66	1/ 8	0,285
Questionário completo	15,93	4,14	5/ 24	16,48	4,31	3/ 23	0,496

[‡] Teste t de Student.

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 11 - Comparação entre GI e GC, no **pós-teste de sete dias**, das dimensões autoeficácia sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas estaduais e municipais. Recife-PE, Brasil, 2024

Dimensões	GI (N=52)			GC (N=56)			Valor de p [‡]
	Média	DP	Mínimo/ Máximo	Média	DP	Mínimo/ Máximo	
Sexual	10,26	2,97	3/ 15	10,25	2,65	3/ 16	0,872
Reprodutiva	5,60	1,90	1/ 8	5,78	1,54	1/ 8	0,520
Questionário completo	15,86	4,15	7/ 23	16,03	3,60	8/ 24	0,747

[‡] Teste t de Student.

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 12 - Comparação entre GI e GC, no **pós-teste de 30 dias**, das dimensões autoeficácia sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas estaduais e municipais. Recife-PE, Brasil, 2024

Dimensões	GI (N=52)			GC (N=57)			Valor de p [‡]
	Média	DP	Mínimo/ Máximo	Média	DP	Mínimo/ Máximo	
Sexual	10,66	3,14	4/ 16	10,71	3,15	3/ 16	0,922
Reprodutiva	5,63	1,95	1/ 8	6,14	1,72	1/ 8	0,153
Questionário completo	16,18	4,67	4/ 24	16,85	4,26	6/ 24	0,432

[‡] Teste t de Student.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 13 mostra a correlação entre o somatório obtido no GI, nas dimensões sexual e reprodutiva, nos tempos de acompanhamento no estudo. Identificou-se correlação significativa, porém fraca, entre o somatório obtido na dimensão sexual, no período pré-teste, e o somatório obtido, na dimensão reprodutiva, no período pós-teste imediato, e, na dimensão reprodutiva, no período pré-teste. O período pós-teste imediato, da dimensão sexual, mostrou correlação com o período pós-teste imediato da dimensão reprodutiva. O período pós-teste de 7 dias, da dimensão sexual, demonstrou correlação com o período pós-teste de 7 dias da dimensão reprodutiva. As demais correlações não foram significativas.

Tabela 13 - Correlação entre somatório das dimensões sexual e reprodutiva no GI. Recife, PE, Brasil, 2024

Dimensões	DR-pós 30	DS-pós 30	DR-pós 7	DS-pós 7	DR-pós imediato	DS-pós imediato	DR-pré	DS-pré
DS-pré	-0,012	-0,139	-0,084	-0,041	0,292*	0,209	0,409*	-
DR-pré	0,143	0,087	-0,194	0,056	0,060	0,148	-	-
DS-pós imediato	0,112	-0,064	-0,082	0,204	0,461*	-	-	-
DR-pós imediato	0,009	-0,227	-0,006	-0,035	-	-	-	-
DS-pós 7	-0,076	-0,050	0,422*	-	-	-	-	-
DR-pós 7	0,088	0,019	-	-	-	-	-	-
DS-pós 30	0,526*	-	-	-	-	-	-	-

Notas: Resultados apresentados em formato de coeficiente de correlação. DS-pré = Somatório da dimensão sexual no pré-teste. DR-pré = Somatório da dimensão reprodutiva no período pré-teste. DS-pós imediato: Somatório da dimensão sexual no período pós-teste imediato. DR-pós imediato: Somatório da dimensão reprodutiva no período pós-teste imediato. DS-Pós 7: Somatório da dimensão sexual no período pós-teste de 7 dias. DR-Pós 7: Somatório da dimensão reprodutiva no período pós-teste de 7 dias. DS-pós 30: Somatório da dimensão sexual no período pós-teste de 30 dias. DR-pós 30: Somatório da dimensão reprodutiva no período pós-teste de 30 dias. * Denota significância estatística (p valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 14 evidencia correlação significativa, embora fraca, entre o somatório obtido no pré-teste imediato e o pós-teste de 30 dias no GI. Os demais períodos não mostraram correlação significativa.

Tabela 14 - Correlação entre somatório do Questionário completo no GI. Recife, PE, Brasil, 2024

Períodos	Pós-teste de 30 dias	Pós-teste de 7 dias	Pós-teste imediato
Pré-teste	-0,047	-0,073	0,261*
Pós-teste de 7 dias	-0,043	-	0,037

Notas: Resultados apresentados em formato de coeficiente de correlação. * Denota significância estatística (p valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 15 mostra a correlação entre o somatório obtido no GC e nas dimensões sexual e reprodutiva, nos tempos de acompanhamento no estudo. Identificou-se correlação significativa, porém fraca, entre o somatório obtido na dimensão sexual, no período pré-teste, e o somatório obtido, na dimensão reprodutiva, no período pós-teste imediato. O período pós-teste imediato, da dimensão sexual, mostrou correlação moderada com o período pós-teste imediato da dimensão reprodutiva. O período pós-teste de 7 dias, da dimensão reprodutiva, mostrou correlação fraca com o período pós-teste imediato da dimensão reprodutiva. O período pós-teste de 7 dias, da dimensão sexual, mostrou correlação fraca com o período pós-teste de 30 dias da dimensão sexual e o período pós-teste de 7 dias da dimensão reprodutiva. O período pós-teste de 7 dias, da dimensão reprodutiva, mostrou correlação fraca com o período pós-teste de 30 dias da dimensão sexual. O período pós-teste de 30 dias, da dimensão sexual, mostrou associação significativa com o período pós-teste de 30 dias da dimensão reprodutiva. As demais correlações não foram significativas.

Tabela 15 - Correlação entre somatório das dimensões sexual e reprodutiva no GC. Recife, PE, Brasil, 2024

Dimensões	DR-pós 30	DS-pós 30	DR-pós 7	DS-pós 7	DR-pós imediato	DS-pós imediato	DR-pré	DS-pré
DS-pré	0.237	0.085	0.002	-0.072	-0.032	-0.038	0.477*	-
DR-pré	0.155	-0.110	-0.145	-0.215	-0.100	-0.181	-	-
DS-pós imediato	-0.017	0.100	-0.178	0.031	0.568*	-	-	-
DR-pós imediato	-0.040	0.018	-0.376*	-0.015	-	-	-	-
DS-pós 7	0.202	0.274*	0.434*	-	-	-	-	-
DR-pós 7	-0.025	0.434*	-	-	-	-	-	-
DS-pós 30	0.482*	-	-	-	-	-	-	-

Notas: Resultados apresentados em formato de coeficiente de correlação. DS-pré = Somatório da dimensão sexual no pré-teste. DR-pré = Somatório da dimensão reprodutiva no período pré-teste. DS-pós imediato: Somatório da dimensão sexual no período pós-teste imediato. DR-pós imediato: Somatório da dimensão reprodutiva no período pós-teste imediato. DS-Pós 7: Somatório da dimensão sexual no período pós-teste de 7 dias. DR-Pós 7: Somatório da dimensão reprodutiva no período pós-teste de 7 dias. DS-pós 30: Somatório da dimensão sexual no período pós-teste de 30 dias. DR-pós 30: Somatório da dimensão reprodutiva no período pós-teste de 30 dias. * Denota significância estatística (p valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 16 evidencia que no GC o somatório do instrumento completo não mostrou correlação significativa entre os períodos.

Tabela 16 - Correlação entre somatório do Questionário completo no GC. Recife, PE, Brasil, 2024

Períodos	Pós-teste de 30 dias	Pós-teste de 7 dias	Pós-teste imediato
Pré-teste	0,103	-0,126	-0,129
Pós-teste de 7 dias	0,262	-	-0,106

Notas: Resultados apresentados em formato de coeficiente de correlação. * Denota significância estatística (p valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 17 demonstra a correlação estatística entre as questões 1 e 4 para identificar a relação da questão que trata da capacidade do adolescente em usar o preservativo e a capacidade em discutir com o/a parceiro (a) sobre a utilização do preservativo.

Tabela 17 - Correlação entre questões 1 e 4 da dimensão sexual, nos períodos de acompanhamento do estudo, no Grupo Intervenção. Recife, PE, Brasil, 2024

Períodos	Questão 1: Pós-teste de 30 dias	Questão 1: Pós-teste de 7 dias	Questão 1: Pós-teste imediato	Questão 1: Pré-teste
Questão 4: Pré-teste	-0,124	-0,008	-0,107	0,171
Questão 4: Pós-teste imediato	-0,114	0,197	0,306*	0,199
Questão 4: Pós-teste de 7 dias	0,053	0,221	0,010	0,071
Questão 4: Pós-teste de 30 dias	0,466*	-0,204	-0,153	0,109

Notas: Resultados apresentados em formato de coeficiente de correlação. * Denota significância estatística (p valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 18 demonstra a correlação estatística entre as questões 1 e 6 para identificar a relação da questão que trata da capacidade do adolescente em usar o preservativo e a capacidade em utilizar o preservativo, mesmo após ter consumido droga lícita, como o álcool.

Tabela 18 - Correlação entre questões 1 e 6 da dimensão sexual, nos períodos de acompanhamento do estudo. Recife, PE, Brasil, 2024

Períodos	Questão 1: Pós-teste de 30 dias	Questão 1: Pós-teste de 7 dias	Questão 1: Pós-teste imediato	Questão 1: Pré-teste
Questão 6: Pré-teste	0,244	0,133	-0,162	0,093
Questão 6: Pós-teste imediato	0,158	0,319*	0,198	-0,047
Questão 6: Pós-teste de 7 dias	-0,013	0,227	0,028	-0,264*
Questão 6: Pós-teste de 30 dias	-0,094	-0,062	-0,042	0,021

Notas: Resultados apresentados em formato de coeficiente de correlação. * Denota significância estatística (p valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 19 demonstra a correlação estatística entre as questões 1 e 7 para identificar a relação da questão que trata da capacidade do adolescente em usar o preservativo e a capacidade em utilizar o preservativo, mesmo após ter consumido drogas ilícitas.

Tabela 19 - Correlação entre questões 1 e 7 da dimensão sexual, nos períodos de acompanhamento do estudo. Recife, PE, Brasil, 2024

Períodos	Questão 1: Pós-teste de 30 dias	Questão 1: Pós-teste de 7 dias	Questão 1: Pós-teste imediato	Questão 1: Pré-teste
Questão 7: Pré-teste	0,244	0,271	-0,117	0,076
Questão 7: Pós-teste imediato	0,078	0,106	0,147	0,050
Questão 7: Pós-teste de 7 dias	-0,070	0,264	0,188	0,144
Questão 7: Pós-teste de 30 dias	-0,009	-0,033	-0,067	0,027

Notas: Resultados apresentados em formato de coeficiente de correlação. * Denota significância estatística (p valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 20 demonstra a correlação estatística entre as questões 1 e 16 para identificar a relação da questão que trata da capacidade do adolescente em usar o preservativo e a compreensão que ter vários parceiros aumenta o risco de infecções sexualmente transmissíveis.

Tabela 20 - Correlação entre questões 1 e 16 da dimensão sexual, nos períodos de acompanhamento do estudo. Recife, PE, Brasil, 2024

Períodos	Questão 1: Pós-teste de 30 dias	Questão 1: Pós-teste de 7 dias	Questão 1: Pós-teste imediato	Questão 1: Pré-teste
Questão 16: Pré-teste	0,143	0,038	-0,169	-0,137
Questão 16: Pós-teste imediato	-0,056	0,272	-0,148	0,268*
Questão 16: Pós-teste de 7 dias	-0,143	-0,184	0,105	-0,008
Questão 16: Pós-teste de 30 dias	-0,151	-0,176	0,075	-0,089

Notas: Resultados apresentados em formato de coeficiente de correlação. * Denota significância estatística (p valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 21 demonstra a correlação estatística entre as questões 1 e 4 para identificar a relação da questão que trata da confiança em utilizar métodos contraceptivos indicados por profissionais de saúde e o desejo de não engravidar na adolescência.

Tabela 21 - Correlação entre questões 1 e 4 da dimensão reprodutiva, nos períodos de acompanhamento do estudo. Recife, PE, Brasil, 2024

Períodos	Questão 1: Pós-teste de 30 dias	Questão 1: Pós-teste de 7 dias	Questão 1: Pós-teste imediato	Questão 1: Pré-teste
Questão 4: Pré-teste	0,137	0,066	0,195	0,226
Questão 4: Pós-teste imediato	0,163	-0,050	0,097	0,007
Questão 4: Pós-teste de 7 dias	-0,148	0,044	-0,165	-0,146
Questão 4: Pós-teste de 30 dias	0,174	0,074	0,006	0,009

Notas: Resultados apresentados em formato de coeficiente de correlação. * Denota significância estatística (p valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa.

8 DISCUSSÃO

Em instrumentos de pesquisa, realiza-se a validação, com propósito de torná-los fidedignos ao que se pretende medir. A validação do instrumento, assim, aprimora a linguagem, para melhor compreensão entre o público-alvo (Cruz, 2019). Na validação do instrumento de coleta de dados, do presente estudo, foram sugeridas mudanças na linguagem, bem como a reorganização de itens e junção de itens similares para minimizar possíveis repetições ou mesmo incoerências.

Os grupos eleitos para o ensaio clínico foram provenientes de escolas públicas estaduais de Pernambuco. Houve similaridade parcial entre os GC e GI, de acordo com as características sociodemográficas, isto porque, em aspectos como início de vida sexual, parceiros e uso de drogas, variáveis importantes para o desfecho, houve diferenças significativas entre os grupos.

Na verificação dos dados sociodemográficos, demonstrou-se que, aproximadamente, metade era do sexo feminino. A idade variou entre 14 e 19 anos. Em relação à cor autorreferida, parda e branca foram as mais declaradas. Acerca da renda familiar, predominou de um a dois salários para os dois grupos. A religião católica e evangélica foram, para os que declararam religião, predominante nos dois grupos.

Por meio da caracterização sociodemográfica, podem-se perceber perfis de maiores vulnerabilidades que podem culminar no prejuízo da saúde sexual e reprodutiva, a exemplo do sexo desprotegido, gravidez não planejada e o acometimento de IST. Há relação importante entre as questões culturais e de gênero com tais prejuízos. O fato de não ter uma identidade definida, passar por diversos conflitos para se inserir em algum grupo social, associada à dificuldade de tomar decisões, pode colaborar com práticas sexuais e reprodutivas inadequadas (Ciriaco, 2019).

Em relação à orientação sexual, embora a maioria tenha se autodeclarado heterossexual, parte se considerou bissexual e, apenas, no grupo controle, houve afirmação da homossexualidade. No Brasil, é direito do indivíduo viver a sexualidade plena, expressar livremente a orientação sexual, com respeito pelo próprio corpo e o parceiro ou parceira, além de escolher com quem se relacionar, sem medo ou vergonha. O acesso a informações quanto à educação sexual e reprodutiva, que possibilite a pessoa ter experiência, sem colocar em risco a saúde ou vida, é um direito comumente negligenciado, sobretudo, em razão da orientação sexual. É importante, nesse contexto, ações específicas e direcionadas, para que o direito ao acesso a informações seguras não seja penalizado pela orientação sexual (Brasil, 2017).

Essa marginalização é notória para esses grupos, isso porque a orientação sexual e questões de gênero estão intrinsecamente relacionados às exposições a riscos entre a população jovem. Nos EUA, 2% da população são de homens que fazem sexo com homens e representam 70% dos casos novos de IST. Esse número é ainda mais expressivo entre 13 e 24 anos. É importante, pois, que as minorias estejam envolvidas no processo educacional, de forma inclusiva e efetiva, para minimizar os danos causados pela IST na saúde sexual dessa população (Schnall, 2022).

Ainda sobre a caracterização do GI e do GC, houve diferença significativa com relação à vida sexual, mais frequente no GI. O tipo de método contraceptivo também foi estatisticamente diferente entre os grupos. A iniciação sexual desperta atenção, presente com a média de idade de 14 anos, em ambos os grupos. O início da vida sexual de forma precoce e sem a devida orientação repercute em exposições a riscos, tanto na dimensão sexual como na reprodutiva (Lopes, 2020).

Os principais riscos associados à iniciação sexual de adolescentes sem a devida informação são: uso inadequado de métodos contraceptivos, aumento de incidência de gravidez não planejada, violência e aumento das IST. Contudo, mesmo adolescentes com nível elevado ou moderado de conhecimento sobre a sexualidade, utilizam o preservativo ocasionalmente. Outras consequências deletérias para a saúde do indivíduo que se expõe à atividade sexual de risco na adolescência estão relacionadas à redução do sucesso em relacionamentos saudáveis, desempenho escolar e autoestima. Nos EUA, há tendência de estabilização da gravidez na adolescência, no entanto, os jovens são responsáveis por cerca de metade dos novos casos de IST e essas taxas continuam a aumentar (Cole, 2023; Lopes, 2020).

Dados demonstram que 50% das jovens que foram mães na adolescência não conseguem terminar o ensino médio e, para as adolescentes que não foram mães, 90% concluem o ensino médio. Além disso, apenas 2% das mães adolescentes obtêm diploma universitário e os bebês nascidos das jovens têm maior probabilidade de serem prematuros ou baixo peso, viver na pobreza, abandonar o ensino no futuro, tornarem-se pais ou ser encarcerados na adolescência. Já para as mães, existe o risco de morbimortalidade com abortos inseguros, complicações durante a gravidez e/ou parto e violência de gênero (Tigey, 2021; Usonwu, 2021).

Outro fator importante que se associa ao início sexual precoce é a raça/etnia, que embora não tenha sido estatisticamente confirmado, houve percentual maior da cor parda e menor de brancos no GI, se comparado ao GC. Estudos demonstram que o início sexual precoce ocorre com maior frequência em pessoas do sexo masculino, sendo a iniciação sexual de negros e pardos mais cedo, se comparada aos brancos. Além disso, adolescentes negros têm duas vezes

mais chances de serem pais antes dos 20 anos de idade do que os adolescentes brancos. Associado a isso, a pobreza, o estresse por discriminação e racismo, falta de acesso a cuidados de saúde afetam esses adolescentes e estão associados a resultados precários na saúde sexual e reprodutiva. Portanto, é necessário examinar a eficácia de materiais de intervenção que visam reduzir as disparidades nesse contexto da saúde (Partelli, 2022; Baumam, 2021; Stephanou, 2021; Evans, 2020; Wolley; Macinko, 2019).

De modo geral, os materiais educativos tendem a não considerarem as questões relacionadas à raça/etnia, o que gera invisibilidade desse público nas questões de saúde pública. Estudos verificam que ter cor de pele preta ou parda e ter renda mais baixa são fatores capazes de reduzir em 25% a chance de meninos terem utilizado preservativo na última relação sexual (Partelli, 2022; Baumam, 2021; Stephanou, 2021; Evans, 2020; Wolley; Macinko, 2019).

As principais dificuldades encontradas pelos adolescentes para melhor compreensão acerca da temática da sexualidade se referem à limitação de conversar sobre o assunto com os familiares. O diálogo aberto sobre sexualidade e início da vida sexual auxilia o indivíduo a ter melhor compreensão sobre a própria saúde e os riscos inerentes à prática sexual sem a devida proteção (Vieira, 2021; Lopes, 2020).

Sobre os hábitos dos adolescentes e estilo de vida sexual, foi possível observar a diferença significativa entre o GI e GC, no que concerne ao início da vida sexual, isto porque 61% do GI alegou já ter iniciado a vida sexual, enquanto, no grupo controle, esse percentual representou 28% dos participantes. Outros destaques foram o uso de drogas e o tipo de droga utilizada, que embora não tenham indicados significâncias estatísticas entre grupos, revelam dados preocupantes, considerando que a utilização de drogas afeta o nível de consciência dos usuários, alterando a percepção e redução da possibilidade da tomada de decisão consciente, o que prejudica diretamente a vida sexual saudável desses jovens, associando-se a iniciação sexual precoce. Das drogas lícitas, o álcool é o mais utilizado e pode aumentar a prevalência de relações sexuais inseguras. As relações sexuais sob influência de drogas estão diretamente associadas ao sexo sem preservativo em adolescentes (Vieira, 2021; Montes, 2024; Silva, 2021; Stephanou, 2021).

É notório que quanto mais jovem a iniciação sexual, maior a propensão a se expor a fatores de risco, como a não utilização dos preservativos. No Brasil, por exemplo, 12% dos adolescentes revelam não utilizar o preservativo. Outro dado é que, apenas, 60% desses jovens alegam ter usado esse método na primeira relação sexual. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2019) demonstrou que, em média, 40% dos adolescentes entre 13 e 17 anos

afirmaram não utilizar o preservativo na última relação sexual (Montes, 2024; Silva, 2021; Stephanou, 2021, Brasil, 2023).

Os pontos críticos que são determinantes sociais para a saúde sexual dos adolescentes estão associados à ausência ou pouco diálogo familiar sobre a sexualidade e poucos debates sobre a temática nas escolas, contrariando o que é preconizado, de ser a família e as escolas locais de envolvimento e discussões sobre o assunto. Outros fatores, como apoio comunitário e religiosidade, podem auxiliar a lidar com ambientes estressantes e, assim, minimizar os comportamentos sexuais de riscos. Além disso, a religiosidade está associada ao início da vida sexual mais tardia (Stephanou, 2021; Conceição, 2020).

Estudo realizado com os pais e filhos de uma igreja, analisou o efeito de intervenção sobre abstinência sexual em adolescentes religiosos e propôs dois modelos de intervenção. O primeiro somente sobre abstinência sexual e o segundo, abstinência sexual baseada na fé. O resultado demonstrou que o primeiro tipo de intervenção foi eficaz ao longo de um período de 18 meses, reduzindo a frequência das relações sexuais sem preservativo, a frequência de relações sexuais e o número de parceiros, em comparação com a outra intervenção, porém, nenhuma das duas intervenções atrasou o início sexual (Stephanou, 2021; Conceição, 2020; Jemmott, 2019).

Diversas são as maneiras de abordagem da saúde sexual e reprodutiva. As tecnologias educacionais lideram os recursos que podem facilitar esse processo. Promovem diálogos, interação e reflexões sobre a sexualidade. As HQ, como estratégia educacional, têm vantagens por terem proximidade com o público-alvo, narração de histórias semelhantes a que os adolescentes vivenciam. Nesta perspectiva, ao utilizar uma tecnologia, é esperado impacto positivo nas decisões dos participantes frente a comportamentos saudáveis na vida sexual e reprodutiva. A inclusão de tecnologias associada a profissionais de saúde pode contribuir para a efetividade na autoeficácia dos adolescentes, sobretudo, quando se trata de um profissional apto a lidar com essa temática, a exemplo do enfermeiro (Vieira, 2021; Stephanou, 2021; Conceição, 2020).

No estudo, em questão, a HQ foi utilizada como método de intervenção para avaliar a diferença da autoeficácia na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares. No GC, houve pontuação positiva maior para a autoeficácia, tanto na saúde sexual quanto na saúde reprodutiva no primeiro momento (pré-teste). Após a intervenção realizada com a HQ, o GI se equiparou com o GC, que manteve a pontuação, assim, o GI aumentou em termos de autoeficácia positiva. Houve aumento das respostas positivas do GI, ao ponto de anular as diferenças estatísticas no pós-intervenção. Esse fato pode demonstrar a algum efeito da HQ na

autoeficácia para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, não é possível afirmar com evidência, devido à divergência dos grupos. Desse modo, é possível afirmar que a HQ trouxe impacto na saúde sexual, demonstrando a importância de estratégias educacionais.

Os resultados evidenciaram o que a literatura afirma sobre a utilização de estratégias tecnológicas para educação em saúde sexual de adolescentes, objetivando reduzir lacunas no conhecimento e potencializar a autoeficácia positiva. Assim, como demonstrado no presente estudo, no qual a HQ obteve aumento na autoeficácia do GI, outras tecnologias também podem contribuir com esse processo educacional. Há diversas estratégias sendo testadas no Brasil e no mundo que trazem esse efeito positivo, incluindo comportamentos saudáveis, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Podem-se citar como efeitos positivos: adesão e uso consistente do preservativo, redução do número de parceiros, iniciação mais tardia da vida sexual (Hemono, 2024).

Nos EUA, foi implementado o programa escolar intitulado *Making Proud Choices*, tradução livre “Fazendo Escolhas Orgulhosas”. O currículo do programa enfatiza o uso do preservativo para prevenir gravidez e IST. O modelo inclui 14 aulas de 40 minutos, tendo, inicialmente, impacto positivo na proteção de comportamento sexual de risco. Estudo realizado para verificar a eficácia do programa obteve resultado estatisticamente significativo no conhecimento sobre HIV/ISTs, gravidez, preservativos e outros contraceptivos; atitudes e crenças sobre preservativos; e autoeficácia no uso de preservativos, na negociação do uso de preservativos e na recusa de sexo. Embora este estudo não tenha avaliado apenas a autoeficácia, é importante destacar o quanto a intervenção educacional pode impactar positivamente na saúde sexual do público-alvo (Cole, 2023).

Aliado a estudos externos, os testes realizados no GI do presente estudo demonstrou relevância estatística nos itens relacionados à autoeficácia na utilização do preservativo. A autoeficácia positiva para utilização do preservativo pelos adolescentes pode ser interpretada como maior independência dos jovens em adquirir o recurso, em aprender sobre a temática e em poder dialogar com professores, profissionais ou até familiares que os orientem adequadamente sobre a saúde sexual e reprodutiva. No entanto, uma limitação pode ser levantada no caso de instrumentos autoaplicáveis para esses jovens, que são as respostas socialmente aceitas (Silva, 2021).

A maior liberdade sexual dos jovens e a facilidade de acesso a informações têm auxiliado na maior compreensão da temática sobre a saúde sexual e reprodutiva. Esse fato permite que os adolescentes estejam mais seguros para a iniciação sexual, além disso, o acesso facilitado a preservativos e outros meios de contracepção, na Atenção Primária, auxilia nesse

processo. No entanto, é necessário estar atento ao teor das informações que os jovens têm acesso, visto que, muitas vezes, são opiniões de pares, ou mesmo conteúdo não científico.

Ademais, é notório que, em diversas partes do mundo, os adolescentes não conhecem ou não têm de forma adequada o acesso aos serviços de saúde para aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva. No Brasil, medidas têm demonstrado a importância da prevenção da gravidez na adolescência. Em 2019, o Ministério da Saúde acrescentou, na Lei 8.069 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o artigo 8ºA, instituindo a semana de prevenção da gravidez na adolescência, designada para o dia primeiro de fevereiro. Essa iniciativa visa que, anualmente, nessa semana, sejam implementadas estratégias educacionais para diminuir os casos de gravidez nesse público (Brasil, 2021).

Outra estratégia importante no país foi a criação da caderneta do adolescente para a Atenção Básica, que detalha ações importantes para abordar nas questões relacionadas à sexualidade e ao planejamento familiar. O enfermeiro(a), da Atenção Básica, sobretudo, deve estar preparado para orientar os jovens sobre o tema da sexualidade, garantindo o sigilo, a discrição como direitos básicos dos jovens. Os métodos contraceptivos devem ser avaliados de forma individual, a fim de garantir a segurança para todos os grupos, de ambos os gêneros, com base na orientação sexual, incentivando sempre a construção de relações igualitárias e respeitadas entre as pessoas (Brasil, 2017).

A utilização de métodos contraceptivos entre os adolescentes está associada à disponibilidade e à crescente demanda da população em escolher a melhor maneira de se evitar a gravidez. Preocupação constante está relacionada aos efeitos colaterais dos métodos contraceptivos, incômodos com cólicas, fluxo menstrual alterado, alteração no prazer sexual e medos, como risco aumentado de câncer. Desta forma, é necessário realizar triagem adequada dos métodos indicados para cada fase da vida do indivíduo. No caso dos adolescentes, deve-se ter acompanhamento mais próximo dos serviços de saúde, a fim de, assegurar o método eficaz e orientar quanto aos riscos de IST e, até mesmo, gravidez não planejada (Brasil, 2021).

Para definição do método contraceptivo, na consulta do adolescente, na Atenção Básica, o profissional deve orientar quanto aos tipos métodos contraceptivos, à interação com drogas lícitas e ilícitas, à valorização das vantagens do preservativo, ao esclarecimento de possíveis dúvidas sobre o uso do Dispositivo Intrauterino (DIU), além de orientar quando a contracepção de emergência pode ser utilizada. Essas informações são imprescindíveis para tomada de decisão e escolha do melhor método contraceptivo (Brasil, 2017).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem fortalecido as estratégias de planejamento familiar para as mulheres e, conseqüentemente, as adolescentes. Uma das

intervenções utilizadas pela ESF é a implantação das *Long-acting reversible contraceptives* (LARCs) que são dispositivos reversíveis de contracepção de longa duração. Entre esses dispositivos, estão o DIU, o Sistema Intrauterino (SIU) e o implante hormonal subdérmico. Estudos têm relatado o aumento do implante do DIU na APS, como medida eficaz de garantir às mulheres a contracepção segura, o que favorece a autonomia, para que seja decidido o melhor momento para engravidar (Barreto, 2021).

A taxa de falha do preservativo e dos contraceptivos orais está entre 9% e 18%, enquanto métodos como DIU e implantes varia de 0,2% a 0,8%. Isso ocorre porque a taxa de sucesso da utilização dos contraceptivos orais é reduzida, se não for ingerido diariamente, conforme recomendado. Para os jovens, é difícil ter o rigor na utilização diária. Outra barreira encontrada entre as adolescentes para a escolha do método ideal é o conhecimento sobre as LARCs e o acesso na ESF (Barreto, 2021; Santana, 2021).

Também, é importante frisar que não é a idade, segundo a OMS, que define o tipo de anticoncepção que a mulher irá utilizar, mas os achados clínico-patológicos, o histórico familiar, histórico de saúde e efeito colateral provocado pelo método escolhido. Devem prevalecer na escolha do método: eficácia, segurança e facilidade de acesso, entendendo sempre os fatores pessoais, religiosos, culturais e as preferências da pessoa (Barreto, 2021; Santana, 2021).

Ao conhecer os métodos e, sobretudo, ter indicação adequada, é possível evitar entre esses jovens a gravidez não planejada. Nesse contexto, é imprescindível que os adolescentes conheçam sobre o universo da temática da saúde sexual e reprodutiva e que pratiquem direitos e vontades, com responsabilidade, senso crítico, confiança e respeito. Para isso, o apoio contínuo de professores, família, escola, nesse processo educacional, torna-se indiscutível, garante autonomia e, conseqüentemente, a autoeficácia positiva para práticas seguras (Silva, 2021; Tebb, 2021; Tingey, 2021).

Sobre o período do pré-teste até 30 dias após a intervenção, é possível inferir que houve aumento da autoeficácia positiva após a intervenção. As HQ, recurso utilizado para intervenção, demonstrou que esse tipo de tecnologia é bem aceito pelo público adolescente. Por meio dos textos, das imagens e dos diálogos, torna-se ferramenta capaz de alcançar impacto positivo no processo educacional (Oliveira, 2024).

No GC, o acompanhamento, com o fornecimento do material escolar e seguido até 30 dias após esse primeiro momento, identificou-se associação entre desempenho no item que aborda a confiança do parceiro em pedir para o outro usar o preservativo, sendo significativa estatisticamente os períodos pré-teste e pós-teste de 30 dias. É possível inferir que a autoeficácia

para utilização do preservativo pelos adolescentes aumentou, sendo mais frequente a negociação entre parceiros para utilização desse método contraceptivo (Ferreira, 2024).

Uma das dificuldades para o uso dos preservativos se relaciona à possibilidade de um dos parceiros se recusar a fazer uso desses dispositivos. A utilização da autoeficácia pode, neste sentido, auxiliar a entender como os adolescentes têm dificuldades em manter comportamentos sexuais saudáveis, mesmo os que querem estar protegido. Por ser a autoeficácia um construto que percebe as habilidades do indivíduo em ter sucesso nas tarefas, mesmo diante de adversidades, como a recusa de um parceiro em utilizar o preservativo, ou mesmo não dispor do recurso e ser necessário adiar a relação sexual para adquirir o preservativo (Stephanou, 2021).

Estudos demonstram que intervenções educacionais realizadas com adolescentes sobre HIV e IST, melhoraram respostas sobre a temática, assim como este, além de aumentar autoeficácia positiva para comportamento de saúde saudável em relação ao uso do preservativo. Além disso, outros aspectos avaliados tiveram respostas positivas após as intervenções, como melhora de habilidades percebidas de negociação com parceiros em relação ao uso de contraceptivos, autoeficácia geral e conversar com pais ou adultos de confiança sobre saúde sexual e reprodutiva (Ferreria, 2024; Gomez-Lugo, 2022; Tingey, 2021; Jerlstrom, 2020).

No acompanhamento do GI, ao longo dos 30 dias, evidenciou-se relação estatística significativa em cinco dos oito itens. Esse desempenho e interesse do grupo para as questões de reprodução pode estar associado à proposta ainda biológica da grade curricular das escolas, intrinsicamente relacionado ao processo reprodutivo.

Os itens que abordaram a confiança em profissionais da saúde, tanto para orientar sobre a saúde reprodutiva quanto para prescrever um método contraceptivo, não foram pontuados como satisfatórios, ou seja, não houve significância estatística com a resposta positiva sobre essa proximidade dos adolescentes e profissionais. Essa informação é preocupante, pois demonstrou que esse público estava muito mais próximo de pares na orientação à saúde sexual do que profissionais, tendência que pode ser justificada pela dificuldade de acesso a esses profissionais ou o medo que os pais saibam desse acompanhamento, ou ainda, da ideia de que o teor da consulta será revelado para os responsáveis. É necessária, assim, a aproximação do enfermeiro com os adolescentes, criando espaços de trocas e confiança (Usonwu, 2021).

Os adolescentes por natureza têm dificuldade de expor sobre assuntos como sexualidade, sobretudo com entes e familiares. Consideram, muitas vezes, que não são necessárias conversas com os pais, pois acreditam que detêm todas as informações sobre a temática pela facilidade das fontes virtuais. Para que o adolescente se sinta confiante em expor

algo como a sexualidade, é importante o vínculo com o profissional, seja ele com o professor ou o enfermeiro. Existem diversas barreiras que podem prejudicar esse vínculo, a exemplo das mídias sociais que podem fornecer informações inapropriadas a respeito das questões sexuais e reprodutivas, além das informações oriundas dos pares. O profissional, então, precisa estar apto a lidar, inclusive, com a desconstrução de informações que, muitas vezes, para os adolescentes são confiáveis. É imprescindível olhar atencioso, sem discriminação e, sobretudo, acolhedor (Usonwu, 2021).

O item que aborda sobre a confiança em utilizar métodos contraceptivos indicados por amigos “mais experientes” obteve associação estatística no pré-teste com todos os outros acompanhamentos (pós-teste imediato, após 7 dias e após 30 dias). Essa informação fundamenta a afirmação anterior sobre a influência presente dos pares, das mídias sociais e a ausência de profissionais nessas orientações.

É notório que os adolescentes têm conhecimento pontual acerca das questões reprodutivas, revelado na concordância dos adolescentes, no item que aborda a insegurança do coito interrompido na prevenção da gravidez. No entanto, na questão em que afirma que o anticoncepcional previne gravidez e infecções, os participantes assinalaram positivamente para essa alegação. Isso demonstra ainda limitações no aprendizado por esses jovens.

Na questão que versa sobre desejo de não engravidar na adolescência, também houve relevância estatística. Outro item com relevância foi sobre o método contraceptivo mais indicado, quando se tem único parceiro. Essa afirmação pode ser justificada, no contexto brasileiro, pelo fato de culturalmente o relacionamento ser baseado na confiança e que a figura masculina é protetora dessa base, assim, a mulher deve prevenir-se apenas para não engravidar precocemente. Além disso, a responsabilidade da prevenção da gravidez é diretamente relacionada à figura feminina (Stephanou, 2021).

No que concerne à saúde reprodutiva do GC, houve mínimo de positividade nas respostas, no entanto, não houve relação estatística entre o pré-teste e os outros acompanhamentos. Nesse quesito, é válido frisar a importância da tecnologia educacional do tipo HQ como aliada no processo educacional, evidenciado no desempenho do GI, após a aplicação da tecnologia. Ressalta-se, contudo, que o universo da saúde sexual e reprodutiva está longe de se ter controle com apenas intervenção educacionais, ou mensuração da autoeficácia. Há importância nessa abordagem, mas existem diversos fatores que são improváveis de se controlar como mencionados: a cultura, o relacionamento com o parceiro, o apoio familiar, a religiosidade, o uso de drogas, a escola, a educação sexual, entre outros (Stephanou, 2021).

Na comparação entre a Dimensão Sexual (DS) e a Dimensão Reprodutiva (DR), no GI, observou-se que, no pré-teste do GI, na DS, houve significância estatística com o pós-teste imediato da DR. Além disso, o período pós-teste imediato da DS mostrou correlação com o período pós-teste imediato da DR. A temática da sexualidade é ampla e abrange diversos contextos da saúde física e mental do indivíduo. A segregação do assunto em dimensões que envolve a sexualidade e a reprodução foi uma forma de detalhar melhor a abordagem do assunto com os adolescentes, além de entender os interesses dos jovens, o conhecimento e as experiências. Desta forma, ao comparar a DS com a DR, pode-se entender, de forma mais direcionada, como a saúde sexual repercute na saúde reprodutiva, e vice-versa, a exemplo da não proteção que podem trazer resultados como a gravidez não planejada e o aborto.

No somatório dos pontos obtidos no pré-teste, com o seguimento do GI, ou seja, pós-teste imediato, após 7 dias e após 30 dias, houve relevância significativa no pré-teste e nos pós 30 dias, demonstrando que o tempo melhorou a autoeficácia para a saúde sexual e reprodutiva, o que não ocorreu no GC. Esse fato deve-se, sobretudo, a temática está intrinsecamente relacionada com a vivência e o cotidiano dos adolescentes.

Na comparação da DS e da DR do GC, houve correlação negativa na DS pré-teste com o pós-teste imediato da DR. No pós-teste imediato da DS e DR, houve correlação estatística positiva, assim como no pós-teste de 30 dias, quando comparadas a DS e a DR. É possível inferir que, no GC, mesmo segregando a temática em duas dimensões, essas estão alinhadas ao ponto de repercutirem positivamente no pós-teste imediato e após 30 dias.

Na verificação da repercussão de uma questão de maior abrangência no resultado de outra questão, a dimensão sexual que trata sobre a capacidade do indivíduo de utilizar o preservativo nas relações sexuais, quando comparada com a questão que aborda a disponibilidade de discutir a utilização do preservativo com qualquer parceiro, obteve associação do pós-teste imediato, o mesmo ocorreu na avaliação do 30º dia. Embora seja evidente que o contexto da saúde sexual é amplo e não se esgotaria em questões sobre a autoeficácia nesse assunto, detalhar questionamentos faz o adolescente pensar e refletir sobre situações que podem ocorrer e, assim, estar mais preparado para possível tomada de decisão.

É necessário que os jovens tenham cada vez mais segurança e liberdade de se expressar, de falar sobre sentimentos, expectativas, desejos, sem precisar se preocupar com tabus sociais, vergonha e medo de julgamento. Esse fato, pode inibir, por exemplo, que uma parceira deixe de relatar o desejo de utilizar o preservativo, com receio de ser mal interpretada pelo companheiro, que pode julgar como não confiança. Melhorar a autoeficácia nesse contexto da saúde sexual é preparar os jovens para tomada de decisão segura e saudável.

Sobre a utilização do preservativo e o uso de drogas lícitas, como o álcool, em apenas um momento foi verificada a relevância entre as questões, no pós-teste de 7 dias e o pós-teste imediato. Um quinto da população do estudo alegou já ter utilizado drogas lícitas. Ao pensar nas substâncias psicoativas, o álcool pode se tornar um problema ao senso do adolescente de proteção, no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

Também, foi comparada a autoeficácia do uso do preservativo, mesmo sob efeito de drogas ilícitas. Nessa situação, não foi evidenciada relevância estatística em nenhum momento do seguimento do grupo. Foi verificado, também, que o GI demonstrou número expressivamente maior de jovens que já realizaram drogas ilícitas, se comparado ao GC, 23% e 3,3%, respectivamente. De forma ainda mais intensa, não somente para o contexto da saúde sexual, as drogas ilícitas prejudicam o poder de decisão e, consequentemente, interferem na autoeficácia de forma negativa.

Na análise da autoeficácia do uso do preservativo com a confiança que ter vários parceiros pode aumentar o risco de infecções, verificou-se relevância estatística, quando confrontado o pré-teste com o pós-teste imediato. Não houve relevância ao longo do acompanhamento, demonstrando que essa percepção não perdurou com o tempo.

No contexto da saúde reprodutiva, realizou-se comparação da questão que abordou a confiança em utilizar métodos contraceptivos recomendados por profissionais com a de consultar um profissional enfermeiro para esclarecer sobre métodos contraceptivos, o que demonstrou associação entre pré-teste e pós-teste de 30 dias. Essa mudança de resposta pode estar atrelada à necessidade do jovem de buscar orientação de um profissional, à melhora no conhecimento e, até mesmo, à autoeficácia para o contexto da saúde reprodutiva. Os adolescentes, quando iniciam o despertar para a vida sexual, estão, por vezes, mais preocupados em desfrutar desse prazer de forma plena, sendo que, sem a orientação de um profissional qualificado, pode ocorrer o não planejado, como uma gravidez ou mesmo as IST.

A educação sexual e reprodutiva continua sendo a melhor estratégia de enfrentamento das problemáticas relacionadas à sexualidade dos adolescentes. No entanto, é necessário integrar não somente os jovens, como também a família, a escola, a mídia e os amigos. Estudo alega que as diversas estratégias para minimizar a gravidez não planejada é elaborada diretamente para o adolescente, no contexto do planejamento familiar. Em contrapartida a isso, os adolescentes alegam que pais e amigos são as principais fontes de informações sobre a saúde sexual. No entanto, a baixa integração desse grupo nas atividades educacionais pode prejudicar diretamente a abordagem dos entes para com os jovens. Existem entraves para esse diálogo participativo e eficaz, como o conhecimento dos pais sobre a saúde sexual e reprodutiva, as

barreiras de comunicação aberta sobre uma temática que carrega um tabu histórico, além de ambiente com rigores e julgamentos sociais (Silva, 2022).

Exemplo do bom desempenho da integração da rede de apoio dos adolescentes foi o caso da Nigéria, um dos dois países da África Ocidental, que conseguiu reduzir a gravidez na adolescência. A comunicação eficaz entre pais e adolescentes está associada ao uso de preservativo, à redução do número de parceiros e até à abstinência entre os adolescentes. A comunicação livre e o apoio dos adultos com os jovens sobre saúde sexual e reprodutiva motivam os adolescentes a internalizarem valores nas mensagens dos pais e, consequentemente, influencia na autoeficácia e na tomada de decisão sexual consciente e saudável. É importante mencionar que a participação dos pais no processo educacional tem caráter protetor, sobretudo, quando a conduta é de acolhimento e orientação (Silva, 2022; Bauman, 2021).

Como mencionado, diversos são os fatores que podem influenciar na autonomia do adolescente, quando o assunto é sexualidade. Quanto mais integrado do convívio a tecnologia estiver, maior são as chances de construir uma juventude que se entenda como agente ativo de transformação constante. Ao trazer abordagem direcionada com uma tecnologia educacional de interesse desses adolescentes, também existe a maior possibilidade desse público-alvo se manter interessado e motivado na construção ativa do processo educativo (Costa, 2023; Bauman, 2021).

Ao aliar a tecnologia educacional como a HQ e o construto da autoeficácia, cria-se elo forte em trazer direcionamentos e reflexões importantes sobre como o adolescente agiria, qual decisão tomaria em circunstâncias novas. Promover diálogos participativos, abertos, sem críticas ou julgamentos é um caminho a ser trilhado, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (Costa, 2023).

O estudo em questão trouxe abordagens importantes e dados confiáveis das contribuições da HQ para o processo de aprendizado e, também, da construção de um senso crítico entre os jovens para tomada de decisão saudável acerca da saúde sexual e reprodutiva. No entanto, é necessário refletir que uma intervenção pontual pode não produzir efeitos duradouros na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. É necessário, para um processo contínuo e participativo, a inclusão dos ambientes em que o adolescente está inserido, como a escola, a família, os amigos, a igreja, as unidades de saúde, dentre outros.

A limitação do estudo está relacionada a não generalização dos dados, visto que a pesquisa foi realizada em apenas uma região do Nordeste do país.

9 CONCLUSÃO

O aumento da autoeficácia para saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes escolares que estiveram expostos à intervenção ocorreu, no entanto, não houve relevância estatística comprovada. Assim, a tese de que as Histórias em Quadrinhos aumentariam a autoeficácia no grupo intervenção, quando comparado ao grupo controle, foi refutada. O fato para a disparidade pode estar relacionado ao GI e GC, que embora seguindo os critérios de randomização por conglomerados, sendo, inclusive, semelhantes nos diversos aspectos socioculturais, foram divergentes em variáveis, como início da vida sexual, uso de drogas e parceiros.

Ressalta-se, no entanto, que o GC, no pré-teste, apresentou escore de autoeficácia maior, quando comparado ao GI e que, no pós-teste imediato, essa diferença estatística já não existia, comprovando o aumento da autoeficácia no GI. Acredita-se, assim, no potencial da HQ, aqui testada, em contribuir com a tomada de decisão saudável, por parte dos adolescentes, em relação à saúde sexual e reprodutiva.

Ao considerar os resultados obtidos, de acompanhamento de 30 dias, período que não permitiu gerar evidências sobre a duração da intervenção educacional, sugerem-se novos estudos, que avaliem o fenômeno em questão a longo prazo, seja por meio de análise quantitativa ou qualitativa.

Recomenda-se, ademais, que outros profissionais, como os professores, apliquem a HQ em questão, de forma a ampliar o potencial de contribuição da educação na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares. Além disso, sugere-se também que o estudo seja ampliado para número maior de alunos, de modo a minimizar a heterogeneidade encontrada.

REFERÊNCIAS

ALVES, K. R. C.; LOPES, O. F. Sexualidade na adolescência, percepção e cuidados na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 1–15, 2017. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4410/2424>. Acesso em: 20 dez. 2024.

ARANGO, H. C. **Bioestatística Teórica e Computacional**. 3. ed. Editora Guanabara, 2009.

BARROS, T. D. S. **Necessidades de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes Escolares**. 2016. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: ArtMed, 2008. 176 p.

BAUMAN, L. J. *et al.* Reducing HIV/STI Risk Among Adolescents Aged 12 to 14 Years: a Randomized Controlled Trial of Project Prepared. **Prevention Science**, EUA, v. 22, n. 8, p. 1023–1035, 2021.

BOUTRON, I.; ALTMAN, D.G.; MOHER, D.; SCHULZ, K.F. Revaud P. CONSORT Statement for randomized Trials of nonpharmacologic treatments: A 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic Trial Abstracts. **Ann Intern Med.**, EUA, v.167, n., p. 40-47, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. In *Série G. Estatística e Informação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares para o Ensino Fundamental I**. Brasília, Ministério da Educação, 1998. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12640:parametros-curriculares-nacionais-1o-a-4o-series>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares de Temas Transversais**. Brasília: Ministério da Educação, 1998. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12640:parametros-curriculares-nacionais-1o-a-4o-series>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Recife: Secretaria de Saúde, 2014b. Disponível em: http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2015_revisado_menor.pdf. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/pense>. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. **Boletim HIV e Aids, 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. **Nações Unidas do Brasil**. 2025. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/5>. Acesso em: 6 jun. 2021.

CARVALHO, A.P.V.; SILVA, V.; GRANDE, A.J. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Diagn Tratamento**, [S.l.], v.18, n.1, p: 38-4, 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-670595>. Acesso em: 20 fev. 2023.

CASTRO, B.; POVEDA, V.B.; SOUSA, C.S.; TURINI, R.N.T. Avaliação da efetividade da intervenção com material educativo em pacientes cirúrgicos: revisão integrativa da literatura. **Rev Sobecc**, São Paulo. v.22, n.4, p: 208-217, 2017.

CELETANO, I. *et al.* Development of a theory-based HPV vaccine promotion comic book for East African adolescents in the US. **BMC Public Health**, EUA, v.21, n.1, p.1–12, 2018.

CHERNICK, L.S. *et al.* Designing illustrative social media stories to promote adolescent Peer support and healthy sexual behaviors. **Digit Heal**, EUA, v.8, p. 1-12, 2022. DOI: 10.1177/20552076221104660 journals.sagepub.com/home/dhj

CIRIACO, N. L.; C. PEREIRA, L. A. A. C.; CAMPOS, P.H.A.; COSTA, R.A. A importância do conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) pelos adolescentes e a necessidade de uma abordagem que vá além das concepções biológicas. **Revista Em Extensão**, [S.l.], v.18, n.1, p. 63–80, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14393/ree-v18n12019-43346>

COLE, R. *et al.* The Impact of Making Proud Choices! on Youth's Sexual Health Attitudes, Knowledge, and Behaviors. **Journal of Adolescent Health**, EUA, v. 74, n. 4, p. 787–793, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.10.031>.

CORREA, T. L.; BARROS, N. B. R.; CARRETT, M. L. V. Sexualidade em adolescentes de uma escola pública do interior do Rio Grande do Sul. **Brazilian Journal of Health Review**, EUA, v. 3, n. 2, p. 2797–2803, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-123>

COSTA, A. B. S. *et al.* O uso das tecnologias educativas na educação em saúde sexual com adolescentes. **Research, Society and Development**, EUA, v. 12, n. 2, p. e29812240300, 2023.

CRUZ, G. C.V.; VASCONCELOS, M.G.F.; MANIVA, S.J.C F.; CARVALHO, R.E.F.L. Construction and validation of an educational technology on human papillomavirus vaccine for adolescents. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 1–7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0050>

CUSTODIO, C.G. *et al.* Educação sexual no ensino básico: o estudante de medicina como educador. **Acervo Saúde**, [S.l.], v.13, n.2, p. 1–8, 2020.

EVANS, R. *et al.* Association of Sexual Health Interventions with Sexual Health Outcomes in Black Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, EUA, v. 174, n. 7, p. 676–689, 2020.

FARIAS, I.P. *et al.* Artigo História em quadrinhos e promoção da saúde sexual na escola: validação de um instrumento educativo. **Rev Eletronica Educ.**, [S.l.], v.8, n.e4538684, p.1–16, 2024.

FÁVERO, L.P.L. *et al.* **Análise de dados**: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FERREIRA, A.G.N. *et al.* Website sobre sexualidade e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis para adolescentes católicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.33, p.1–10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao02605>

FERREIRA, G. V. *et al.* Educação sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis em adolescentes: uma revisão integrativa. **Contribuciones a las ciencias sociales**, [S.l.], v. 17, n. 10, p. 1–13, 2024.

FONTES, M.B. *et al.* Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST / Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1343–1352, 2017.

FONTOURA, B.J.; BONA, R.J. Igualdade da mulher na escola: cinema e histórias em quadrinhos como recurso didático. **Vozes e Diálogo**, [S.l.], v.22, n.2, p.16–25, 2023.

FRARON, N. F.; TEXEIRA, N.C.R.B. **Journal of Chemical Information and Modeling**, EUA, v. 53, n.9, p. 1689–1699, 2013.

FURLANETO, M.F.; LAUERMANN, F.; COSTA, C.B.; MARIN, A.H. Sexual education in Brazilian education: Systematic revision of the literature. **Cadernos de Pesquisa**, [S.l.], v. 48, n.168, p. 550-571, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053145084>

GERMANO, S.N.F.; RODRIGUES, A.A.; BESSA F.B.; MATOS, P.H.L.; EVANGELISTA, S.S. Educational technologies applied to sexual and reproductive health of adolescents from public schools. **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v.12, n.11, p. 1–11, 2020.

GENZ, N. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis: Conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 1-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005100015>

GODINHO, A.M. O enfermeiro promotor da saúde sexual e reprodutiva na adolescência : O caso do planejamento familiar. *Revista Da UI_IP*, Santarém, v. 8, n. 1, p. 358-370, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19906>.

GÓMEZ-LUGO, M. *et al.* Effects of a Sexual Risk-Reduction Intervention for Teenagers: A Cluster-Randomized Control Trial. **AIDS and Behavior**, EUA, v. 26, n. 7, p. 2446–2458, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03574-z>.

JEMMOTT, L. S. *et al.* Effects of Church-Based Parent e Child Abstinence-Only Interventions on Adolescents' Sexual Behaviors. **Journal of Adolescent Health**, EUA, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.07.021>.

LIMA, C. R.; MENEZES, I. H. C. F.; PEIXOTO, M. R. G. Educação em saúde: avaliação de intervenção educativa com pacientes diabéticos, baseada na teoria social cognitiva. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 24, n. 1, p. 141–156, 2018.

LOPES, M.V.O. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook , 2013. p.121-132

LOPES, I. R. *et al.* Perfil do conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 3101, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3101.2020>

MATTOS, C. A. C.; CORREA, J. F. B.; MORAES, L. C. L. S. Autoeficácia e Motivação para Aprender: uma Investigação entre Estudantes do Bacharelado em Administração. **Revista Gestão & Sustentabilidade**, Brasil, v. 2, n. 1, p. 57–70, 2020. DOI: 10.36661/2596-142X.2020v2i2.1081.

MARTINS, A. *et al.* Delineamentos de estudos epidemiológicos e não epidemiológicos da área da saúde: uma revisão de literatura. **Revista UniMontes Científica**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 64–80, 2013.

MARTINS, F.D.P. **Efeito de tecnologia educacional sobre amamentação para crianças do ensino fundamental**. 2017. 348f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MARTINS, A.M.E.B.L *et al.* Delineamentos de estudos epidemiológicos e não epidemiológicos da área da saúde: uma revisão de literatura. **Montes Claros**, [S.l.], v. 15, n.2, 2013.

MUNAKAMPE, M.N. *et al.* Exploring Key Challenges for Healthcare Providers and Stakeholders in delivering adolescent sexual and Reproductive Health Services and information during the COVID-19 Pandemic in Malawi, Zambia and Zimbabwe: A Qualitative Study. **BMC Health Services Research**, EUA, v.24, n. 1541, p. 1-14, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4248233/v1>

MONTE, L. L.; RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. Prevalência e fatores associados ao comportamento sexual de risco de adolescentes escolares brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.29, n. 2, p. e03342023, 2024.

MORAES-PARTELLI, A. N. *et al.* Original Article Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. **Rev Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 5743, 2022.

MOREIRA, P.A.; REIS, T.S.; MENEZES, A.F.; MENDES, R.B. Vulnerabilidade ao hiv/aids em adolescentes de uma escola pública no interior de Sergipe. **Rev Fun Care Online**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 868-872, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.868-872>.

NOBRE, L.S.; BRUNA, L. **Métodos Contraceptivos: Construção De Tecnologia Educacional Para Adolescentes**. 2005. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=http://publicacoes.sacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/user/setLocale/NEW_LOCALE%3Fsource%3D%252Findex.php%252Fmostracientificafarmacia%252Farticle%252Fview%252F1249%252F1016&ved=2ahUKEwjPoKHWr4-MAXUgLBkGHY5dD14QFnoECA0QAQ&usg=AOvVaw0vpFVf6_3S_75wgHcQwf5v. Acesso em: 8 jan. 2023.

O'LEARY, A. Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. **Cognitive Therapy and Research**, EUA, v. 16, n.2, p. 229-245, 1992.

OLIVEIRA, M.I. **Construção e validação de Gibi Educacional sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares**. 2028. 103f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

OLIVEIRA, M.P.C.; GONTIJO, D.T.; MONTEIRO, R.J.S. Utilização de uma tecnologia educativa no processo de ensino-aprendizagem de adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva: relatos de experiência. In: **Anais... WORKSHOP DE INFORMÁTICA NA ESCOLA (WIE 2017)**, 23., 1(Cbie), 118. DOI: <https://doi.org/10.5753/cbie.wie.2017.118>

PASQUALI, L. **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PINTO, M.S.; SILVA, M.A.A; FERNANDES, H.L. Fada da contracepção: o processo criativo de uma história em quadrinhos voltada para educação sexual. **9ª Arte**, São Paulo, p. e218400, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/376735317_Fada_da_contracepcao_o_processo_criativo_de_uma_historia_em_quadrinhos_voltada_para_educacao_sexual. Acesso em: 10 jan. 2024.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, J. L. P. Adaptação de uma escala de avaliação da autoeficácia geral. **III congresso sobre avaliação psicológica**, [S.l.], n. 57, p. 22-37, 2014.

SAMPIERI, R.H.; CALLADO, C.H.; LUCIO, P.B. **Metodologia da pesquisa**. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013.

SCHNALL, R. *et al.* Efficacy of MyPEEPS Mobile, an HIV Prevention Intervention Using Mobile Technology, on Reducing Sexual Risk among Same-Sex Attracted Adolescent Males: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Network Open**, EUA, v. 5, n. 9, p. E2231853, 2022.

SEIXAS, R.; FAVARO, D. M. M. Histórias em quadrinhos (HQ) como método avaliativo usado na educação sexual: Investigações acerca da gravidez na adolescência. **Revista Memorare**, [S.l.], v.7, n.1, p.27, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19177/memorare.v7e1202027-52>

SEIXAS, R.; FAVARO, D. M. M. Histórias em quadrinhos (HQ) como método avaliativo usado na educação sexual: Investigações acerca da gravidez na adolescência. **Revista Memorare**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 27, 2020.

SOUSA, C.S.P. *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the Condom Self-Efficacy Scale: application to Brazilian adolescents and young adults. **Latino Am Enfermagem**, São Paulo, v. 25, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1062.2991>

SILVA, F.R. *et al.* The "comic book" as an instrument for health promotion and drug abuse prevention: report on the experience of multiprofessional residents in Family Health. **Electronic Journal Collection Health**, EUA, v.20, n. 406, p. 1-6, 2019.

SILVA, A. F.; LOPES, M. H. M. Locus de controle , conhecimento , atitude e prática na contracepção entre adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.73, n.2, p. 1–7, 2020.

SILVA, J. A. Da *et al.* Uso e autoeficácia do preservativo masculino: um estudo comparativo entre adolescentes do sexo feminino e masculino. **Research, Society and Development**, Curitiba, v. 10, n. 16, p. e419101623779, 2021.

SILVA, M. *et al.* Changing the Script: Intergenerational Communication about Sexual and Reproductive Health in Niamey, Niger. **Journal of Health Communication**, EUA, v. 27, n. 10, p. 755-763, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/10810730.2022.2160527>.

SILVA, R. S. *et al.* Fatores associados ao uso inconsistente de preservativo entre jovens: revisão sistemática. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 45, n. e2030207, p. 1–14, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.2030207.pt>

SILVA, T.M.R. *et al.* Lack of knowledge about the human papillomavirus vaccine among Brazilian adolescents: A cross-sectional study. **Public Health Nurs.**, EUA, v. 41, p. 1453-165, 2024.

SILVA, D.R. *et al.* Políticas educacionais brasileiras relacionadas à educação sexual no ensino de ciências Daniara. **Bol Conjunt.**, [S.l.], v.14, n.40, 2023.

SOUZA, A. S.; SILVA, A. P. R.; SANTOS, C. M.; AZEVEDO, A. S. Tecnologias Educativas na Promoção da Saúde Sexual do Adolescente com Deficiência Visual. **Biológicas & Saúde**, [S.l.], v.8, n.28, p. 1–91, 2018. DOI: <https://doi.org/10.25242/886882820181651>.

SOUZA, I. S.; MARCOS, A. Validação da Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida. *Rev. Univ. Rural, Sér. Ciências Humanas. Seropédica*, Rio d26, n.ro, v. 26, n. 1-2, p. 12-17, 2004.

STEPHANOU, A. T.; DIAS, A. C. G. Psychological factors associated with adolescent sexual behavior. *Psico*, [S.l.], v. 52, n. 2, p. e36084, 2021.

SULLY, E.A. *et al.* Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. **Guttmacher Inst.**, [S.l.], p.1–56, 2019. Disponível em: [www.guttmacher.org/report/adding-it-up-%0Ahttps://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019](https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019). Acesso em: 10 out. 2023.

TEBB, K. P. *et al.* Improving contraceptive use among Latina adolescents: A cluster-randomized controlled trial evaluating an mHealth application, *Health-E You/Salud iTu. Contraception*, [S.l.], v. 104, n. 3, p. 246–253, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.03.004>.

TEIXEIRA, M. R.; FREITAS, N.; FILHO, D. A discussão de gênero e sexualidade nas Histórias em quadrinhos e jogos eletrônicos na formação integral The discussion of gender and sexuality in comic books and electronic games in integral education. **Educitec**, EUA, v. 8, n. e186322, p. 1-20, 2022. DOI: <https://orcid.org/0000-0001-5084-3733>.

TINGEY, L. *et al.* Prevention of Sexually Transmitted Diseases and Pregnancy Prevention Among Native American Youths: A Randomized Controlled Trial, 2016-2018. **American Journal of Public Health**, EUA, v. 111, n. 10, p. 1874–1884, 2021.

USONWU, I.; AHMAD, R.; CURTIS-TYLER, K. Parent–adolescent communication on adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: a qualitative review and thematic synthesis. **Reproductive Health**, EUA, v. 18, n. 1, p. 1–15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01246-0>.

VARELA, C. M.; RIVEIRO, C. **Pelos caminhos do currículo educacional brasileiro**. Local: editora, 1996.

VENEZIANI, M.C.M.; ALONSO, R.A.G.M. Ações de prevenção em saúde sexual para adolescentes: a atuação de acadêmicos de medicina em programa de saúde na escola. **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v.15, n.7, p.e10618, 2022.

VERGUEIRO, V. **Como usar os quadrinhos na sala de aula?** São Paulo: Editora Contexto, 2004.

VIEIRA, S.; HASSNE, W.S. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

VIEIRA, K. J. *et al.* Início da atividade sexual e sexo protegido em adolescentes. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1–6, 2021.

WAHYUNINGSIH, S.; WIDATI, S.; PRAVEENA, S.M. Unveiling barriers to reproductive health awareness among rural adolescents : a systematic review. **Front Reprod Heal**, EUA, p.1–9, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy**. WHO: Geneva, Switzerland, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso em: 20 jan. 2024.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ANTES DA VALIDAÇÃO

DIMENSÃO SAÚDE SEXUAL

1- SIM 2- NÃO 3- AS VEZES 4- NUNCA

1. () Sinto-me envergonhado em usar o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) quando tenho relações sexuais
2. () Sinto-me confiante em colocar ou remover o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) quando tenho relações sexuais
3. () Sinto-me confiante em colocar ou remover o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) nas preliminares sem atrapalhar o momento
4. () Sinto-me confiante na minha capacidade em discutir, sobre o uso do preservativo, com qualquer parceiro (a) que eu possa ter.
5. () Sinto-me confiante que posso usar o preservativo durante a relação sem que isso possa diminuir o prazer.
6. () Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo mesmo após ter utilizado álcool.
7. () Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo mesmo após ter utilizado drogas.
8. () Mesmo que meu parceiro (a) se opuser, eu o incentivo, pois só transo com o preservativo.
9. () Sinto-me confiante em usar o preservativo, pois sei que é o único método de prevenir HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.
10. () Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho uma doença sexualmente transmissível
11. () Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que já tive doença sexualmente transmissível
12. () Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho relação homossexual.
13. () Costumo ir todo ano ao profissional de saúde para realizar meus exames e me orientar sobre a minha saúde sexual.
14. () Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com amigos
15. () Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com profissionais de saúde

16. () Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com parentes
17. () Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações na internet
18. () Eu não usaria preservativo nas relações sexuais, pois não há risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.
19. () Eu não usaria o preservativo nas relação anal, pois não há risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.
20. () Sinto-me seguro (a) de que ter vários parceiros (as) não aumenta o risco de infeções.

DIMENSÃO SAÚDE REPRODUTIVA

1. () Sinto-me confiante em utilizar métodos contraceptivos indicados por profissionais de saúde, pois são meios de evitar gravidez.
2. () Prefiro usar métodos contraceptivos indicados pelos amigos(as), pois confio neles.
3. () Eu acredito que o coito interrompido é um bom método para evitar a gravidez
4. () Sinto-me confiante de que não quero engravidar na adolescência
5. () Eu não me sinto capaz de realizar um aborto, pois existe vários riscos para a mãe, como é o caso de infecções e até morte.
6. () Eu me sinto confiável em usar ou em minha parceira usar anticoncepcional, pois previne a gravidez e também as infecções.
7. () Sinto-me segura (o) de que o método hormonal (anticoncepcional) é mais indicado quando se tem um único parceiro (a)
8. () Sinto-me segura(o) em conversar com os profissionais de saúde sobre métodos para evitar a gravidez, pois são pessoas confiáveis para me orientar.

APÊNDICE B – CARTA-CONVITE DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA

Convite Validação de Instrumento.

Bom dia! Me chamo Mayara Inácio de Oliveira sou Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco, sou orientanda da Professora Doutora Tatiane Gomes Guedes. Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **“Efeito de Histórias em Quadrinhos na Autoeficácia da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado”**, nesta etapa estamos validando um instrumento que será utilizado para verificar autoeficácia dos adolescentes após a leitura da HQ. Nessa fase é de suma importância a avaliação de juízes especialistas que possam contribuir com tal instrumento, esse contato é um convite para ajudarmos de forma virtual a realizar tal pesquisa.

Caso possa contribuir segue o link do formulário

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfQ4shP2AE7yKZksN1tYJIW1Cka_yYq-y8eI87obDhCDSAQYg/viewform?usp=sf_link

Segue o link de acesso a História em quadrinho

https://drive.google.com/file/d/1T3ZhAO-VXgE-KtjDmRCfxzuGg81bYF0P/view?usp=drive_link

Segue o link do instrumento na íntegra

https://drive.google.com/file/d/1x3zA9JXm0QOqoXD4Qfut2zPzR7oUKkeH/view?usp=drive_link

APÊNDICE C -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - JUÍZES ESPECIALISTAS

- UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO ACADÊMICO

Convidamos você para participar como voluntário (a), da pesquisa. **EFEITO DE HISTÓRIAS EM QUADRINHOS NA AUTOEFICÁCIA DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.** Esta pesquisa é da responsabilidade da Doutoranda Mayara Inácio de Oliveira, Telefone para contato: (81) 996848135/ E-mail: mayara_inacio@hotmail.com que está sob a orientação da Professora Tatiane Gomes Guedes.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas por meio dos contatos dos pesquisadores acima. Quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde é necessário realizar o aceite através da plataforma Forms.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Nesta etapa da pesquisa o objetivo é a validação do instrumento de coleta de dados para avaliar as Histórias em Quadrinhos.

- Para a coleta de dados será utilizado um instrumento de autoeficácia que contém duas dimensões: a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Toda a pesquisa será realizada de forma online por meio da plataforma Forms. Também será enviado as Histórias em Quadrinhos para auxiliar na validação do instrumento que irá avaliar tais Histórias.

nas Histórias em Quadrinhos e formulários estruturados. Um grupo de alunos terá acesso à

- Essa pesquisa possui alguns benefícios quando for finalizada toda a pesquisa, pois tal instrumento servirá para identificar se as Histórias em Quadrinhos são efetivas para a autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares. Sendo assim, a tecnologia educacional poderá ser utilizada como uma ferramenta para a saúde dos jovens.

- Os riscos que a pesquisa oferecerá são mínimos e estão relacionados ao tempo despendido para a leitura do material e avaliação do instrumento de coleta de dados.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em uma pasta virtual, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço informado anteriormente, pelo período de mínimo 5 anos. Após esse prazo, o banco de dados desta pesquisa será destruído. O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepecs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador

**CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO COMO
VOLUNTÁRIO**

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **“Efeito de Histórias em Quadrinhos na Autoeficácia da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado”**, como voluntário (a). Fui devidamente informados (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável



Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PELOS JUÍZES
ESPECIALISTAS**

Idade:

Área de formação:

Nível de formação:

- ☐ Graduação ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado
☐ Pós-graduação

Você tem mestrado ou doutorado em educação em saúde?

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem no mínimo 2 anos de experiência de trabalho com adolescentes e acerca da saúde sexual e reprodutiva ?

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem publicação na área de saúde sexual e reprodutiva?

- ☐ Sim ☐ Não

Tem experiência de pesquisa sobre validação de tecnologias educacionais?

- ☐ Não ☐ Sim

Você tem experiência na área autoeficácia ?

- ☐ Sim ☐ Não

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL : QUESTÃO 01

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 1- Sinto-me envergonhado em usar o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) quando tenho relações sexuais
☐ Relevante ou representativo
☐ Necessita de pequena revisão
☐ Necessita de grande revisão
☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL : QUESTÃO 02

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 2- Sinto-me confiante em colocar ou remover o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) quando tenho relações sexuais
☐ Relevante ou representativo
☐ Necessita de pequena revisão
☐ Necessita de grande revisão
☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL : QUESTÃO 03

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 3- Sinto-me confiante em colocar ou remover o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) nas preliminares sem atrapalhar o momento.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 04

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 4- Sinto-me confiante na minha capacidade em discutir, sobre o uso do preservativo, com qualquer parceiro (a) que eu possa ter.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 05

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 5- Sinto-me confiante que posso usar o preservativo durante a relação sem que isso possa diminuir o prazer.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 06

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 6- Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo mesmo após ter utilizado álcool.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 07

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 7- Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo mesmo após ter utilizado drogas.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 08

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 8- Mesmo que meu parceiro (a) se opuser, eu o incentivo, pois só transo com o preservativo.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 09

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 9- Sinto-me confiante em usar o preservativo, pois sei que é o único método de prevenir HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 10

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 10- Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho uma doença sexualmente transmissível.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 11

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 11- Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que já tive doença sexualmente transmissível.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 12

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 12- Tenho medo de sugerir utilizar o preservativo, pois não quero meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho relação homossexual.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 13

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 13- Costumo ir todo ano ao profissional de saúde para realizar meus exames e me orientar sobre a minha saúde sexual.
- ☐ () Relevante ou representativo
 - ☐ () Necessita de pequena revisão
 - ☐ () Necessita de grande revisão
 - ☐ () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 14

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 14- Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com amigos.
- ☐ () Relevante ou representativo
 - ☐ () Necessita de pequena revisão
 - ☐ () Necessita de grande revisão
 - ☐ () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 15

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 15- Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com profissionais de saúde.
- ☐ () Relevante ou representativo
 - ☐ () Necessita de pequena revisão
 - ☐ () Necessita de grande revisão
 - ☐ () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 16

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 16- Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações com parentes.
- ☐ () Relevante ou representativo
 - ☐ () Necessita de pequena revisão
 - ☐ () Necessita de grande revisão
 - ☐ () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 17

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 17- Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual eu busco informações na internet.
- ☐ () Relevante ou representativo
 - ☐ () Necessita de pequena revisão
 - ☐ () Necessita de grande revisão
 - ☐ () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 18

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 18- Eu não usaria preservativo nas relações sexuais, pois não há risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 19

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 19- Eu não usaria o preservativo na relação anal, pois não há risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE SEXUAL: QUESTÃO 20

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 20- Sinto-me seguro (a) de que ter vários parceiros (as) não aumenta o risco de infecções.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE REPRODUTIVA: QUESTÃO 01

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 1- Sinto-me confiante em utilizar métodos contraceptivos indicados por profissionais de saúde, pois são meios de evitar gravidez.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE REPRODUTIVA: QUESTÃO 02

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 2- Prefiro usar métodos contraceptivos indicados pelos amigos(as), pois confio neles.
- ☐ Relevante ou representativo
 - ☐ Necessita de pequena revisão
 - ☐ Necessita de grande revisão
 - ☐ Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE REPRODUTIVA: QUESTÃO 03

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 3- Eu acredito que o coito interrompido é um bom método para evitar a gravidez.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE REPRODUTIVA: QUESTÃO 04

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 4- Sinto-me confiante de que não quero engravidar na adolescência.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE REPRODUTIVA: QUESTÃO 05

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 5- Eu não me sinto capaz de realizar um aborto, pois existe vários riscos para a mãe, como é o caso de infecções e até morte.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE REPRODUTIVA: QUESTÃO 06

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 6- Eu me sinto confiável em usar ou em minha parceira usar anticoncepcional, pois previne a gravidez e também as infecções.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE REPRODUTIVA: QUESTÃO 07

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 7- Sinto-me segura (o) de que o método hormonal (anticoncepcional) é mais indicado quando se tem um único parceiro (a).
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

AUTOEFICÁCIA NA SAÚDE REPRODUTIVA: QUESTÃO 08

Caso julgue um dos itens. Não relevante, Necessita de grande revisão e Necessita de pequena revisão deixe sua opinião

- 8- Sinto-me segura(o) em conversar com os profissionais de saúde sobre métodos para evitar a gravidez, pois são pessoas confiáveis para me orientar.
- () Relevante ou representativo
 - () Necessita de pequena revisão
 - () Necessita de grande revisão
 - () Não representativo

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Instrumento de Coleta de Dados

Para cada item apresentado escolha a opção que melhor se ajustar à sua situação particular, preenchendo os espaços deixados em branco, quando for caso disso.

1. Idade: _____ Nome: _____

1.2 Cor:

1. ☐ Preta 2. ☐ Amarela 3. ☐ Parda 4. ☐ Indígena 5. ☐ Branca

1.3 Gênero

1. ☐ Masculino 2. ☐ Feminino 3. ☐ Transmasculino 4. ☐ Transfeminino
5. ☐ Travesti 6. ☐ Outros

1.4 Sexualidade

1. ☐ Heterossexual 2. ☐ Homossexual 3. ☐ Bissexual 4. ☐ Assexual
5. ☐ Outros

1.4 Série:

1. ☐ Fundamental 8 ano. 2. ☐ Fundamental 9 ano 3. ☐ Médio 1 ano
4. ☐ Médio 2 ano 5. ☐ Médio 3 ano

1.5 Estado civil

1. ☐ Solteiro 2. ☐ Divorciado 3. ☐ Casado 4. ☐ Outro:
_____ 4. ☐ Amaziado

1.6 Religião

1. ☐ Católica 2. ☐ Evangélica 3. ☐ Espírita 4. ☐ Umbanda
5. ☐ Candomblé 6. ☐ Nenhuma 7. ☐ Outra: _____

2.0 Renda total do seu núcleo familiar:

1. ☐ 1-2 salários mínimos 2. ☐ 3-4 salários mínimos 3. ☐ 5-6 salários mínimos 4. ☐ 7 ou mais salários mínimos

2.2 Possui vida sexual ativa? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não

2.3 Idade com que começou vida sexual consentida:

2.5 Usa ou já usou substâncias psicoativas (drogas e/ou álcool)? 1. ☐ Já usei. Qual (is):

2. ☐ Uso. Qual (is): _____

3. ☐ Nunca usei

2.6 Atualmente, tem algum parceiro (a) sexual?

1. ☐ Não 2. ☐ Sim, tenho parceiro(a) sexual ocasional
3. ☐ Sim, tenho parceiro(a) sexual regular
4. ☐ Sim, tenho parceiros(as) sexuais ocasionais
5. ☐ Sim, tenho parceiros(as) sexuais regulares

2.7 Utiliza algum método contraceptivo nas relações sexuais (pode marcar mais de um)?

1. ☐ Não uso 2. ☐ Preservativo 3. ☐ Pílula ou injeção 4. ☐ Implante

5. ☐ DIU 6. ☐ Coito interrompido 7. ☐ Tabela

8. ☐ Outros: _____

APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Escola: _____ Série: _____

DIMENSÃO SAÚDE SEXUAL

1-SIM 2- ÀS VEZES 3- NUNCA

1. () Sinto-me capaz em usar o preservativo em mim quando tenho relações sexuais.
2. () Sinto-me confiante em pedir que meu/minha parceiro (a) use preservativo quando tenho relações sexuais.
3. () Sinto-me seguro em colocar ou remover o preservativo em mim ou em meu/minha parceiro (a) quando tenho relações sexuais.
4. () Sinto-me confiante quanto a discussão sobre o uso de preservativo com qualquer parceiro (a) que eu possa ter.
5. () Sinto-me confiante que posso usar o preservativo durante a relação sem que isso possa diminuir o prazer.
6. () Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo mesmo após ter utilizado drogas lícitas, como o álcool.
7. () Sinto-me confiante que posso lembrar do uso do preservativo mesmo após ter utilizado drogas ilícitas.
8. () Sinto-me capaz em incentivar meu (minha) parceiro (a) em usar preservativo, pois só transo com segurança..
9. () Sinto-me confiante em usar o preservativo, independente que meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho uma infecção sexualmente transmissível.
10. () Sinto-me confiante em usar o preservativo, independente que meu novo (a) parceiro (a) pense que tenho relação homossexual.
11. () Todo ano vou ao profissional de saúde para realizar meus exames e cuidar da minha saúde sexual.
12. () Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual, sinto-me seguro em buscar informações com amigos.
13. () Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual, sinto-me seguro em buscar informações com profissionais de saúde.
14. () Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual, sinto-me seguro em buscar informações com parentes.
15. () Quando estou com dúvidas sobre minha saúde sexual, sinto-me seguro em buscar informações na internet.
16. () Tenho confiança de que ter vários parceiros (as) aumenta o risco de infecções.

DIMENSÃO SAÚDE REPRODUTIVA

1. () Sinto-me confiante em utilizar métodos contraceptivos indicados por profissionais de saúde.
2. () Sinto-me confiante em utilizar métodos contraceptivos indicados por amigos(as) que são esclarecidos no assunto e que confio.
3. () Tenho segurança de que o método do coito interrompido não é seguro para evitar a gravidez.
4. () Sinto-me confiante de que não quero engravidar na adolescência
5. () Tenho confiança de que realizar um aborto tem riscos para a mulher, pois pode causar infecções e até morte.
6. () Eu sinto confiança no uso de anticoncepcional por mim ou por minha parceira, pois previne a gravidez e também as infecções.
7. () Sinto-me segura (o) de que o método hormonal (anticoncepcional) é o mais indicado quando se tem um único parceiro (a).

8. () Sinto-me segura(o) em conversar com os profissionais de saúde sobre métodos para evitar a gravidez, pois são pessoas capacitadas para me orientar.

**APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PÚBLICO-ALVO MAIORES DE 18 ANOS)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO**

Convidamos você para participar como voluntário (a), da pesquisa. **“Efeito de Histórias em Quadrinhos na Autoeficácia da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado”**. Esta pesquisa é da responsabilidade da Doutoranda Mayara Inácio de Oliveira, Telefone para contato: (81) 996848135/ E-mail: mayara_inacio@hotmail.com que está sob a orientação da Professora Tatiane Gomes Guedes.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas por meio dos contatos dos pesquisadores acima. Quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Os objetivos da pesquisa são: Avaliar o efeito da utilização do Gibi Educacional “E na hora H o que pode rolar” sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares; Caracterizar, antes da intervenção, os escores do conhecimento, da atitude e da prática dos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva participantes do grupo intervenção e do grupo controle; Comparar, após a intervenção, o conhecimento, a atitude e a prática sobre saúde sexual e reprodutiva entre os adolescentes do grupo intervenção e do grupo controle.
 - Para a coleta de dados serão utilizados o Gibi educacional e formulários estruturados. Um grupo de alunos terá acesso à tecnologia, ou seja, o Gibi, o outro grupo terá acesso aos materiais didáticos oferecidos pela escola acerca da temática. Antes da leitura do material será aplicado um pré-teste para os alunos, a fim de avaliar o conhecimento, atitude e prática dos alunos acerca da temática. Após leitura do(s) material(is), será aplicado um pós teste e depois será aplicado esse mesmo formulário nos seguintes intervalos 7º e 30º dia para continuar avaliando o conhecimento, atitude e prática dos alunos acerca da temática. Ressalta-se que a coleta de dados será realizada em consonância aos horários e locais estabelecidos pela direção da escola.
 - Essa pesquisa possui alguns benefícios que seu/sua filho(a) poderá desfrutar em breve, como a aquisição de conhecimentos acerca da saúde sexual e reprodutiva.
 - Os riscos que a pesquisa oferecerá são mínimos e estão relacionados ao constrangimento pela exposição de informações pessoais. Para diminuir esse risco, seu/sua filho(a) deverá responder ao formulário individualmente e na sala de aula, sendo, ainda, garantida, a saída da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo algum.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os

responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em uma pasta, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço informado anteriormente, pelo período de mínimo 5 anos. Após esse prazo, o banco de dados desta pesquisa será destruído. O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepcs@ufpe.br**).

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **“Efeito de Histórias em Quadrinhos na Autoeficácia da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

**APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PÚBLICO-ALVO MENORES DE 18 ANOS)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO**

Prezado (a) responsável,

Solicitamos a sua autorização para convidar o(a) seu/sua filho (a) (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar como voluntário (a), da pesquisa: **“Efeito de Histórias em Quadrinhos na Autoeficácia da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado”**.

Esta pesquisa é da responsabilidade da Doutoranda Mayara Inácio de Oliveira, Telefone para contato: (81) 996848135/ E-mail: mayara_inacio@hotmail.com que está sob a orientação da Professora Tatiane Gomes Guedes.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas por meio dos contatos dos pesquisadores acima. Quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Os objetivos da pesquisa são: Avaliar o efeito da utilização do Gibi Educacional “E na hora H o que pode rolar” sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares; Caracterizar, antes da intervenção, os escores do conhecimento, da atitude e da prática dos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva participantes do grupo intervenção e do grupo controle; Comparar, após a intervenção, o conhecimento, a atitude e a prática sobre saúde sexual e reprodutiva entre os adolescentes do grupo intervenção e do grupo controle.
- Para a coleta de dados serão utilizados nas Histórias em Quadrinhos e formulários estruturados. Um grupo de alunos terá acesso à tecnologia, ou seja, nas Histórias em Quadrinhos, o outro grupo terá acesso aos materiais didáticos oferecidos pela escola acerca da temática. Antes da leitura do material será aplicado um pré-teste para os alunos, afim de avaliar o conhecimento, atitude e prática dos alunos acerca da temática. Após leitura do(s) material(is), será aplicado um pós teste e depois será aplicado esse mesmo formulário nos seguintes intervalos 7º e 30º dia para continuar avaliando o conhecimento, atitude e prática dos alunos acerca da temática. Ressalta-se que a coleta de dados será realizada em consonância aos horários e locais estabelecidos pela direção da escola.
- Essa pesquisa possui alguns benefícios que seu/sua filho(a) poderá desfrutar em breve, como a aquisição de conhecimentos acerca da saúde sexual e reprodutiva.

- Os riscos que a pesquisa oferecerá são mínimos e estão relacionados ao constrangimento pela exposição de informações pessoais. Para diminuir esse risco, seu/sua filho(a) deverá responder ao formulário individualmente e na sala de aula, sendo, ainda, garantida, a saída da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo algum.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em uma pasta, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço informado anteriormente, pelo período de mínimo 5 anos. Após esse prazo, o banco de dados desta pesquisa será destruído. O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br**).

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **“Efeito de Histórias em Quadrinhos na Autoeficácia da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável



Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

APÊNDICE I - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ENFERMAGEM DOUTORADO ACADÊMICO

Título do Projeto: “Efeito de Histórias em Quadrinhos na Autoeficácia da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado”

Pesquisadora: Mayara Inácio de Oliveira

Ao adolescente,

Convidamos você, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa **“Efeito de Histórias em Quadrinhos na Autoeficácia da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado”**.

Esta pesquisa é da responsabilidade da Doutoranda Mayara Inácio de Oliveira, Telefone: 81 996848135, E-mail: mayara_inacio@hotmail.com que está sob a orientação da Professora Tatiane Gomes Guedes.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável. Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Os objetivos da pesquisa são: Avaliar o efeito da utilização do Gibi Educacional “E na hora H o que pode rolar” sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares; Caracterizar, antes da intervenção, os escores do conhecimento, da atitude e da prática dos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva participantes do grupo intervenção e do grupo controle; Comparar, após a intervenção, o conhecimento, a atitude e a prática sobre saúde sexual e reprodutiva entre os adolescentes do grupo intervenção e do grupo controle.
- Para a coleta de dados serão utilizados o Gibi educacional e formulários estruturados. Um grupo de alunos terá acesso a tecnologia, ou seja o Gibi, o outro grupo terá acesso aos materiais didáticos oferecidos pela escola acerca da temática. Antes da leitura do material será aplicado um pré teste para os alunos, afim de avaliar o conhecimento, atitude e prática dos alunos acerca da temática. Após leitura do(s) material(is), será aplicado um pós teste e depois será aplicado esse mesmo formulário nos seguintes intervalos 7º e 30º dia para continuar avaliando o conhecimento, atitude e prática dos alunos acerca da temática. Ressalta-se que a coleta de dados será realizada em consonância aos horários e locais estabelecidos pela direção da escola.
- Essa pesquisa possui alguns benefícios que vocês adolescentes poderão desfrutar em breve, como a aquisição de conhecimentos para vivências de prática sexuais adequadas.
- Os riscos que a pesquisa oferecerá são mínimos e estão relacionados ao constrangimento pela exposição de informações pessoais. Para diminuir esse risco, vocês responderão ao formulário

individualmente e na sala de aula, sendo, ainda, garantida, a saída da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo algum.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em uma pasta, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço informado anteriormente, pelo período de mínimo 5 anos. Após esse prazo, o banco de dados desta pesquisa será destruído. Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador

ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PARTICIPANTE

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Efeito de Histórias em Quadrinhos na Autoeficácia da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado”** como voluntário(a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Assinatura do menor participante

Recife, _____ de _____ de _____.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha

**APÊNDICE J - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA
DE DADOS- PÚBLICO-ALVO**

1 Tem alguma frase no questionário que você não entendeu ?

() Sim qual:_____ () Não

2 Tem alguma palavra que ficou confusa para você no questionário

() Sim qual:_____ () Não

3 De um modo geral o conteúdo do texto está compreensível?

() Sim () Não

4 Você tem alguma sugestão para as perguntas?

() Sim qual:_____ () Não

APÊNDICE K - CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA AS ESCOLAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Eu, Mayara Inácio de Oliveira, Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), CPF: 07208492417, orientanda da Professora Doutora Tatiane Gomes Guedes, CPF: 440.887.523-68, venho por meio deste, declarar meu interesse em desenvolver a pesquisa intitulada: História em Quadrinho para a promoção da autoeficácia na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares: ensaio clínico randomizado, a ser realizada em escolas do Ensino Fundamental II (9º ano) e Ensino Médio, da rede estadual e municipal, na zona norte do Recife.

A pesquisa objetiva avaliar o efeito do Gibi Educacional “E na hora H o que pode rolar?” na autoeficácia para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares.

Ressalta-se que as histórias em quadrinhos, em questão, poderão contribuir com ações de educação em saúde, como um importante recurso didático na promoção da saúde sexual e reprodutiva, direcionadas para o público adolescente no contexto escolar.

Recife, 16 de abril de 2023

Mayara Inácio de Oliveira

ANEXO A - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

1. 2. 3. 4. 5.

1. Discordo totalmente	2. Discordo na maior parte	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo na maior parte	5. Concordo totalmente
------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------

1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4	5
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4	5
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4	5
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4	5
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4	5
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4	5
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4	5
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4	5
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4	5
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4	5

Não há itens invertidos

Utilizar a média ou soma dos escores.

Quanto maior a pontuação maior a percepção da auto-eficácia geral.

ANEXO B - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA USO DO PRESERVATIVO

	Versão original CSE	Versão final
Título	Condom Self-Efficacy Scale	Escala de Autoeficácia do preservativo.
CSE-1	I could carry a condom with me in case I needed one	Eu posso ter preservativo comigo caso eu necessitasse usar.
CSE-2	I could use a condom each time I and my partner had sex.	Eu posso usar preservativo toda vez que eu e meu (minha) parceiro (a) tivermos relação sexual.
CSE-3	I could use a new condom each time I and my partner had sex.	Eu posso usar um novo preservativo toda vez que eu e meu (minha) parceiro (a) tivermos relação sexual.
CSE-4	I could stop to put a condom on myself or my partner.	Eu posso parar o envolvimento sexual antes de qualquer penetração para colocar o preservativo em mim ou em meu (minha) parceiro (a).
CSE-5	I or my partner could unroll a condom all the way to the base of the penis.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo desenrolando-o até a base do pênis.
CSE-6	I could use a condom without it slipping.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo no pênis depois de ereto para assim não escorregar.
CSE-7	I or my partner could get rid of a condom in the garbage after sex.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos segurar o preservativo contra a base do pênis durante a sua retirada após a relação sexual.
CSE-8	I or my partner could hold the condom at the base of the penis while withdrawing after sex.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos colocar o preservativo no lixo, após a relação sexual.
CSE-9	I could use a condom if drinking beer, wine or other liquor.	Eu ou meu (minha) parceiro (a) podemos usar o preservativo após ingerir bebida alcoólica.
CSE-10	I could talk about using condoms with any sexual partner.	Eu posso conversar sobre o uso do preservativo com qualquer parceiro (a) sexual.
CSE-11	I could talk about using a condom if I were unsure of my partner's feelings about condoms.	Eu posso conversar sobre o uso do preservativo, mesmo se eu estiver inseguro (a) da opinião do meu (minha) parceiro (a) sobre preservativos.
CSE-12	I could talk about using condoms with a potential sexual partner before we started to hug and kiss.	Eu posso conversar sobre o uso do preservativo com um possível parceiro (a) sexual antes de começarmos a nos abraçar e beijar.
CSE-13	I could talk a partner into using a condom when we have sexual intercourse.	Eu posso convencer um (a) parceiro (a) a usar um preservativo no momento da relação sexual.
CSE-14	I could say no to sex if my partner refused to use a condom.	Eu posso recusar o sexo se meu (minha) parceiro (a) se recusar a usar preservativo.

Figura 1 – Etapa de tradução e adaptação da *Condom Self-Efficacy Scale*, 2014

Sousa CSP, Castro RCMB, Pinheiro AKB, Moura ERF, Almeida PC, Aquino P de S. Cross-cultural adaptation and validation of the Condom Self-Efficacy Scale: application to Brazilian adolescents and young adults. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25.

ANEXO C - CONSORTCHECKLIST OF INFORMATION TO INCLUDE WHEN REPORTING RANDOMIZED TRIALS ASSESSING NPTS

Table 1. 2017 CONSORT Checklist of Information to Include When Reporting Randomized Trials Assessing NPTs*

Checklist Item Number, by Section/Topic Item	CONSORT Item	Extension for NPT Trials
Title and abstract		
1a	Identification as a randomized trial in the title	-
1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	Refer to CONSORT extension for abstracts for NPT trials
Introduction		
Background and objectives		
2a	Scientific background and explanation of rationale	-
2b	Specific objectives or hypotheses	-
Methods		
Trial design		
3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	When applicable, how care providers were allocated to each trial group
3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	-
Participants		
4a	Eligibility criteria for participants	When applicable, eligibility criteria for centers and for care providers
4b	Settings and locations where the data were collected	-
Interventions†		
5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	Precise details of both the experimental treatment and comparator
5a		Description of the different components of the interventions and, when applicable, description of the procedure for tailoring the interventions to individual participants.
5b		Details of whether and how the interventions were standardized.
5c		Details of whether and how adherence of care providers to the protocol was assessed or enhanced
5d		Details of whether and how adherence of participants to interventions was assessed or enhanced
Outcomes		
6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	-
6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	-
Sample size		
7a	How sample size was determined	When applicable, details of whether and how the clustering by care providers or centers was addressed
7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	-
Randomization		
Sequence generation		
8a	Method used to generate the random allocation sequence	-
8b	Type of randomization; details of any restriction (such as blocking and block size)	-
Allocation concealment mechanism		
9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	-
Implementation		
10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	-
Blinding		
11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	If done, who was blinded after assignment to interventions (e.g., participants, care providers, those administering co-interventions, those assessing outcomes) and how
11b	If relevant, description of the similarity of interventions	
11c		If blinding was not possible, description of any attempts to limit bias

Continued on following page

Table 1—Continued

Checklist Item Number, by Section/Topic Item	CONSORT Item	Extension for NPT Trials
Statistical methods		
12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	When applicable, details of whether and how the clustering by care providers or centers was addressed
12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	-
Results		
Participant flow (a diagram is strongly recommended)		
13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analyzed for the primary outcome	The number of care providers or centers performing the intervention in each group and the number of patients treated by each care provider or in each center
13b	For each group, losses and exclusions after randomization, together with reasons	-
13c		For each group, the delay between randomization and the initiation of the intervention
New		Details of the experimental treatment and comparator as they were implemented
Recruitment		
14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	-
14b	Why the trial ended or was stopped	-
Baseline data		
15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	When applicable, a description of care providers (case volume, qualification, expertise, etc.) and centers (volume) in each group
Numbers analyzed		
16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	-
Outcomes and estimation		
17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	-
17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	-
Ancillary analyses		
18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	-
Harms		
19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	-
Discussion		
Limitations		
20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	In addition, take into account the choice of the comparator, lack of or partial blinding, and unequal expertise of care providers or centers in each group
Generalizability		
21	Generalizability (external validity, applicability) of the trial findings	Generalizability (external validity) of the trial findings according to the intervention, comparators, patients, and care providers and centers involved in the trial
Interpretation		
22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	-
Other information		
Registration		
23	Registration number and name of trial registry	-
Protocol		
24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	-
Funding		
25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	-

CONSORT = Consolidated Standards of Reporting Trials; NPT = nonpharmacologic treatment.

* Additions or modifications to the 2010 CONSORT checklist. Modifications of the extension are in boldface.

† These items are consistent with the Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist.

Table 2. Items to Include When Reporting RCTs Assessing NPTs in a Journal or Conference Abstract*

Item	Standard CONSORT Abstract Item	Extension for NPT Trials
Title	Identification of the study as randomized	-
Authors	Contact details for the corresponding author	-
Trial design	Description of the trial design (e.g. parallel, cluster, noninferiority)	-
Methods		
Participants	Eligibility criteria for participants and the settings where the data were collected	When applicable, report eligibility criteria for centers where the intervention is performed and for care providers
Interventions	Interventions intended for each group	-
Objective	Specific objective or hypothesis	-
Outcome	Clearly defined primary outcome for this report	-
Randomization	How participants were allocated to interventions	-
Blinding (masking)	Whether or not participants, care givers, and those assessing the outcomes were blinded to group assignment	-
Results		
Number randomly assigned	Number of participants randomized to each group	-
Recruitment	Trial status	-
		Report any important changes to the intervention delivered from what was planned
Number analyzed	Number of participants analyzed in each group	-
Outcome	For the primary outcome, a result for each group and the estimated effect size and its precision	-
Harms	Important adverse events or side effects	-
Conclusions	General interpretation of the results	-
Trial registration	Registration number and name of trial register	-
Funding	Source of funding	-

CONSORT = Consolidated Standards of Reporting Trials; NPT = nonpharmacologic treatment; RCT = randomized controlled trial.

Autor: Boutron, 2017

ANEXO D - HQ EDUCACIONAL: E, NA HORA H, O QUE PODE ROLAR?

E NA HORA H

o que pode rolar?



Aprendendo sobre saúde sexual e reprodutiva

E NA HORA H o que pode rolar?

Aprendendo sobre saúde sexual e reprodutiva

UFPE
Recife, 2018

Informações Gerais

A presente tecnologia educacional compõe a dissertação intitulada "Validação de Gibi educacional para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares", do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

O Gibi **E na hora H o que pode rolar?** - *aprendendo sobre saúde sexual e reprodutiva* - é composto de duas Histórias em Quadrinhos, "E vai rolar a festa" e "Aconteceu, e agora?", que abordam a saúde sexual e a saúde reprodutiva, respectivamente. Tais histórias foram criadas por adolescentes escolares no âmbito do projeto intitulado "História em quadrinhos acerca da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares", vinculado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da **Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde**; e **Linha de pesquisa: Saúde da Família nos Cenários do Cuidado de Enfermagem**.

Mestranda: *Mayara Inácio de Oliveira*

Orientadora: *Profa. Dra. Tatiane Comes Guedes*

Design gráfico em quadrinhos: *Clérison*

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Recife 2018

E VAI ROLAR A FESTA

Hélio e Flora se conheceram na escola e desde então a amizade só aumentou até que começaram a namorar. Já faz um ano e 6 meses que estão juntos. No intervalo das aulas eles saem para conversar no pátio...



Em casa



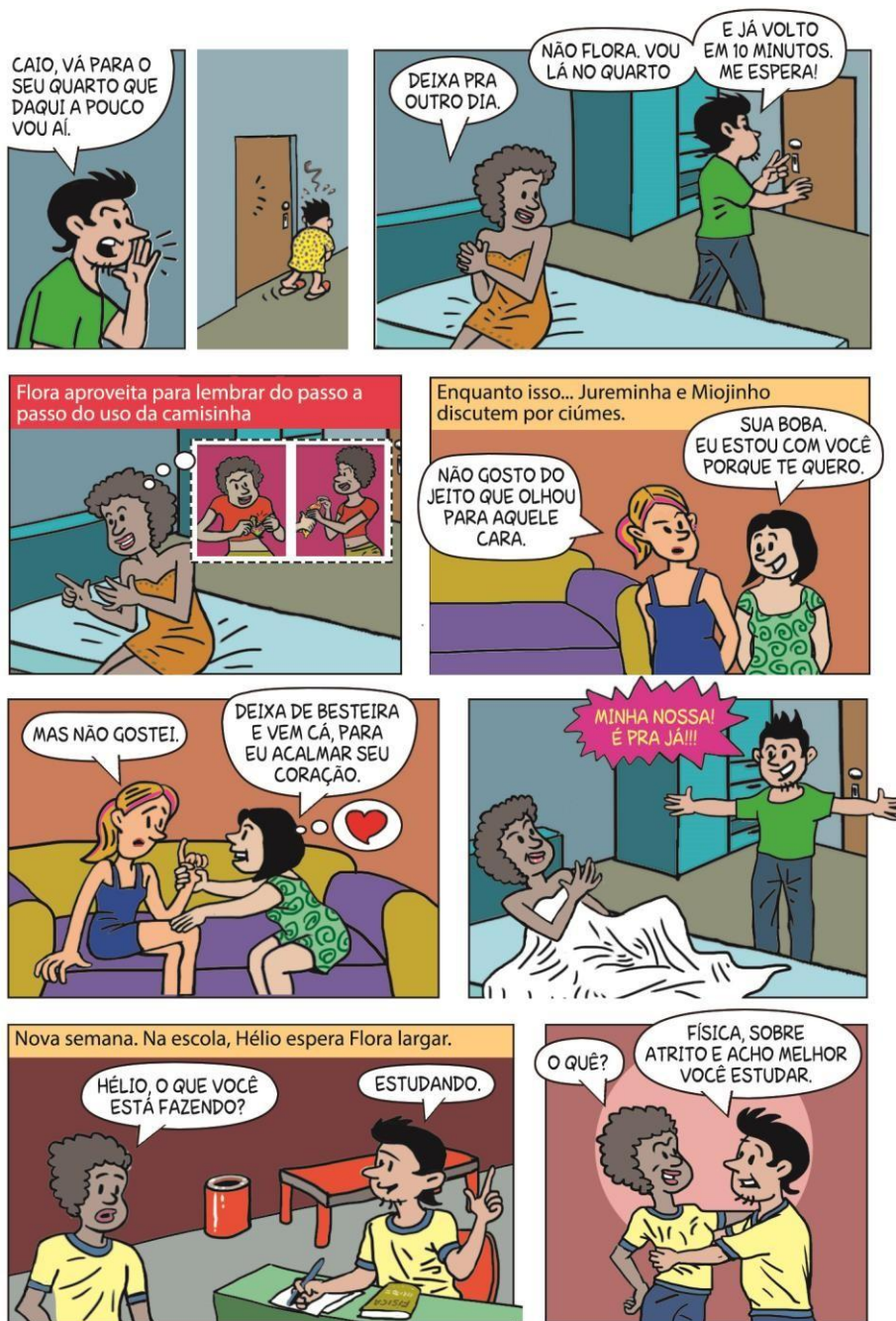


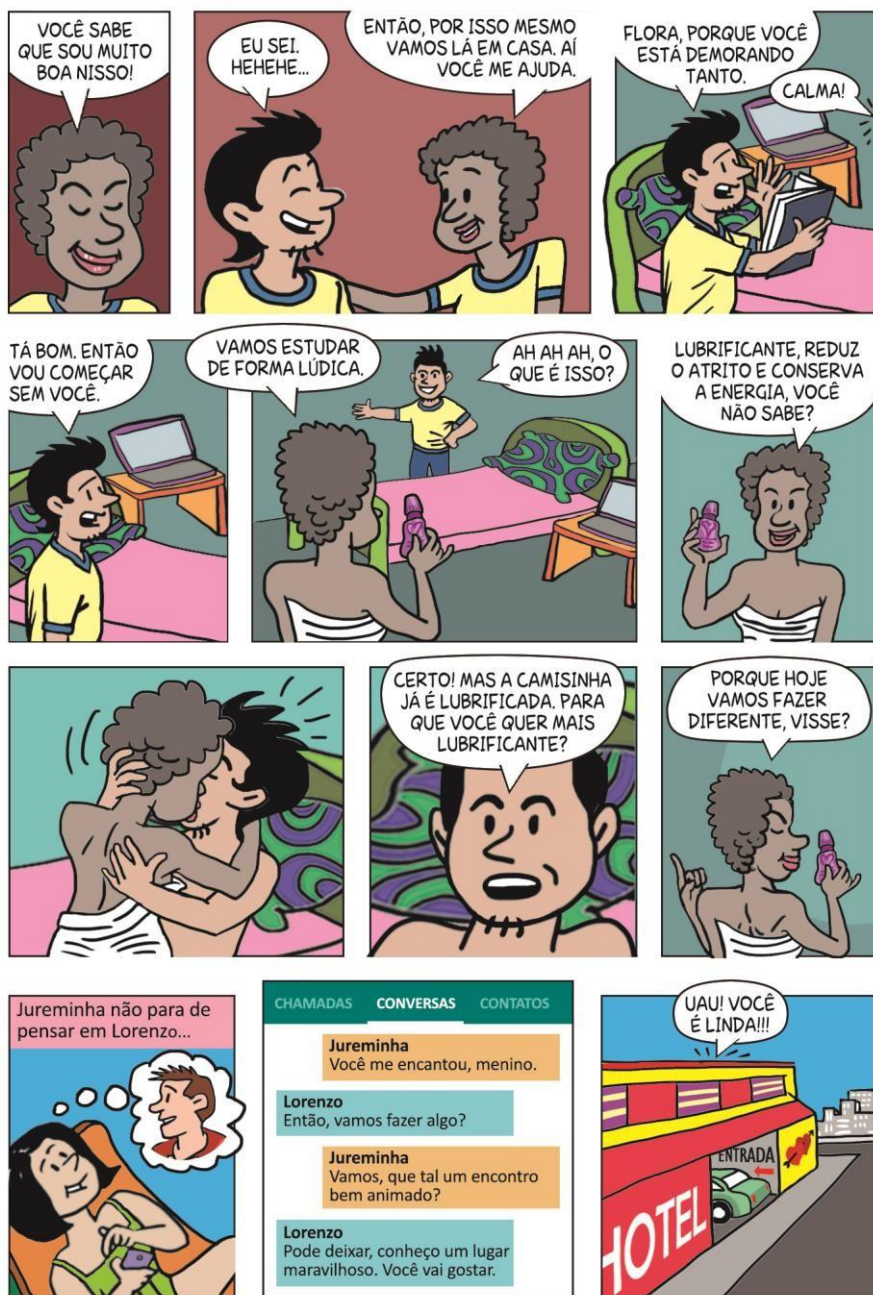
Flora segue o passo a passo explicando o que acabou de aprender.





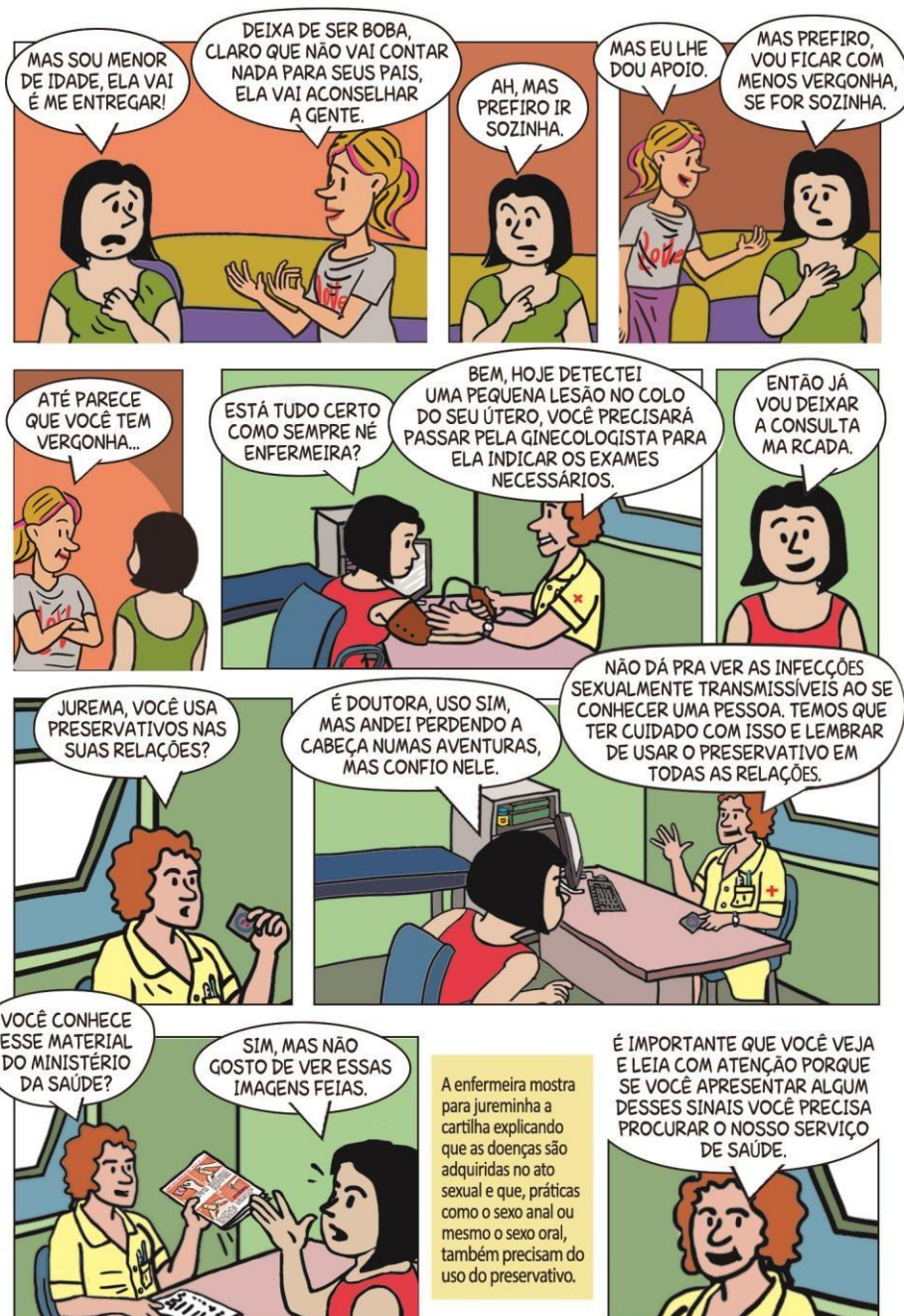




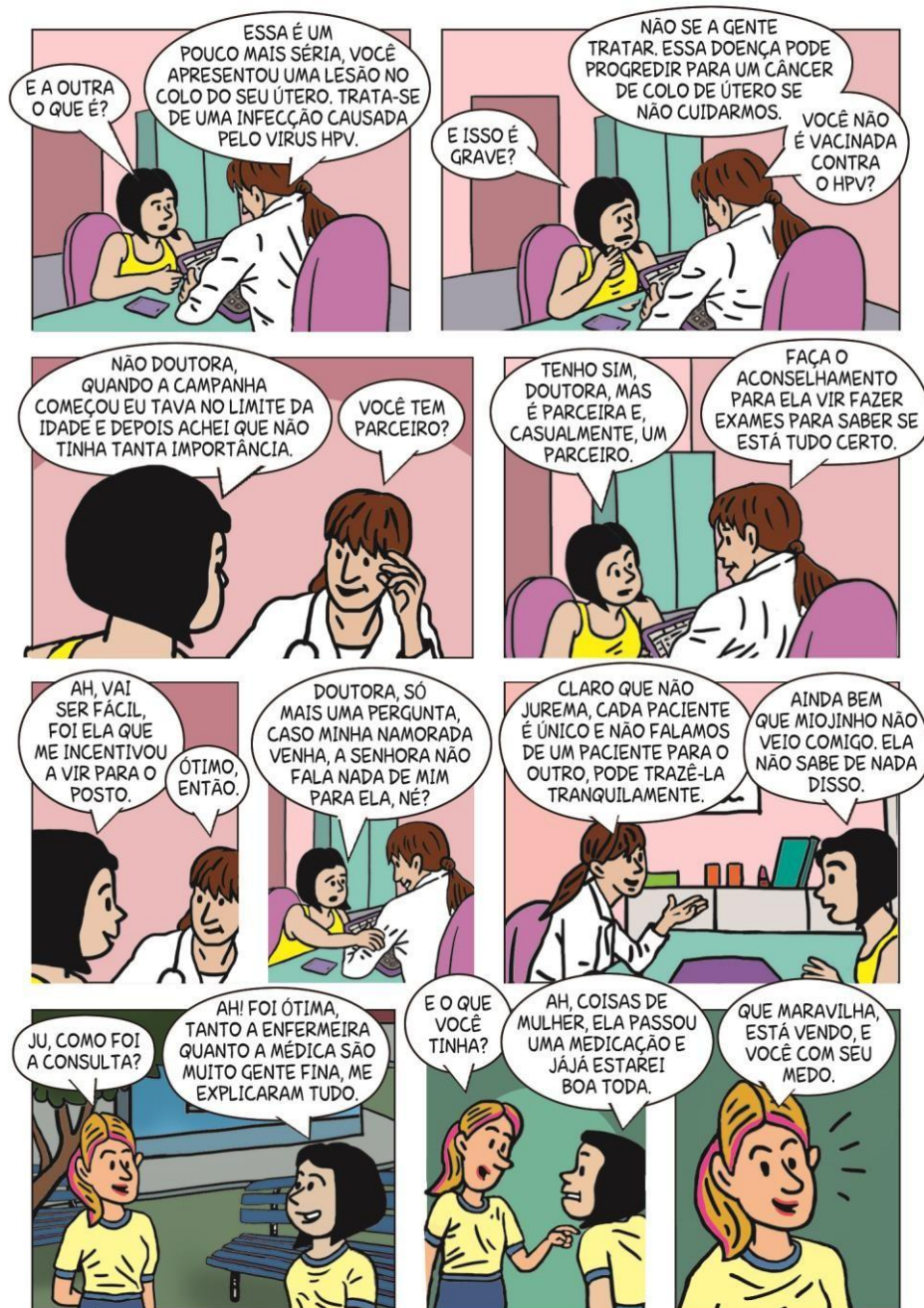


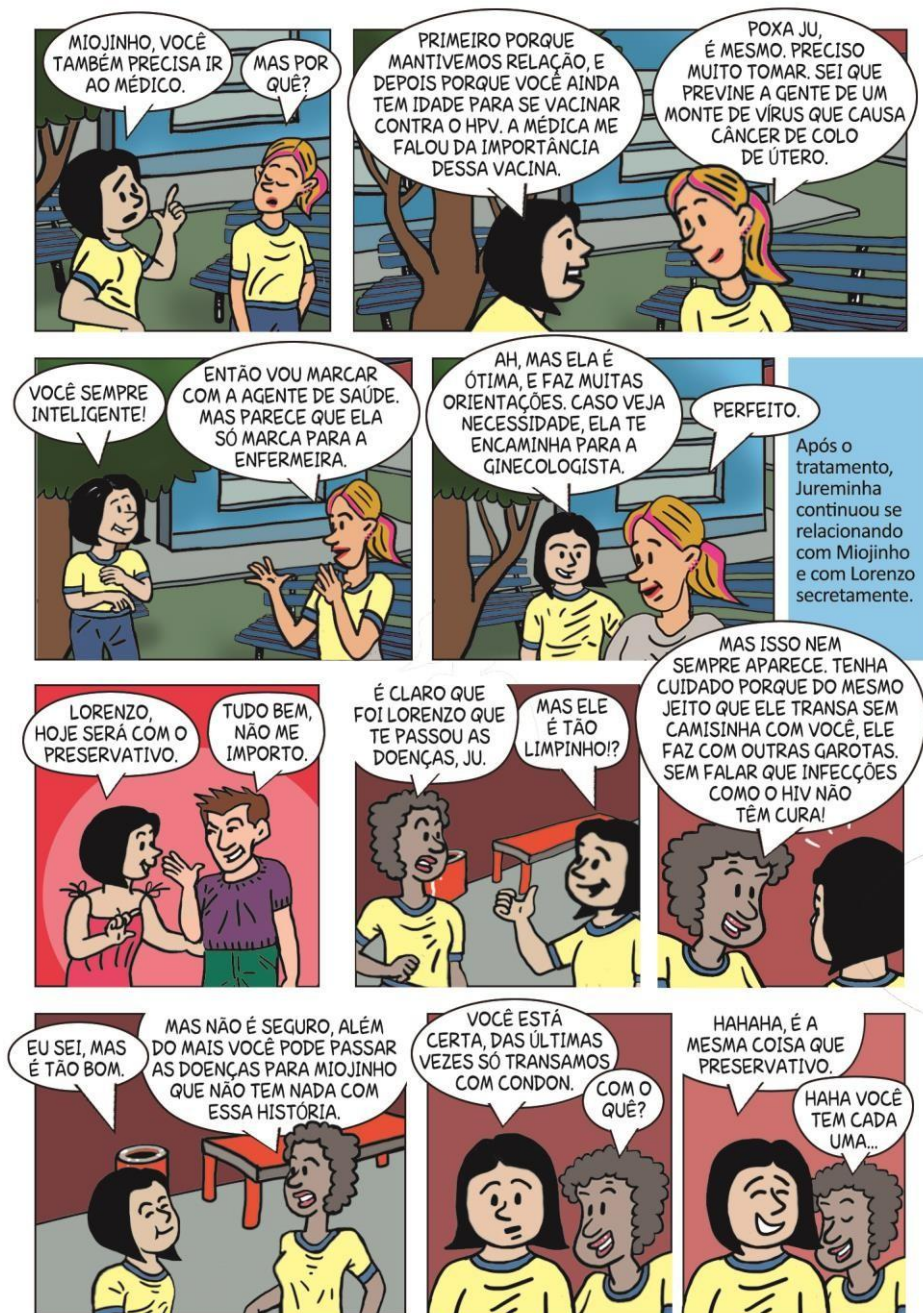


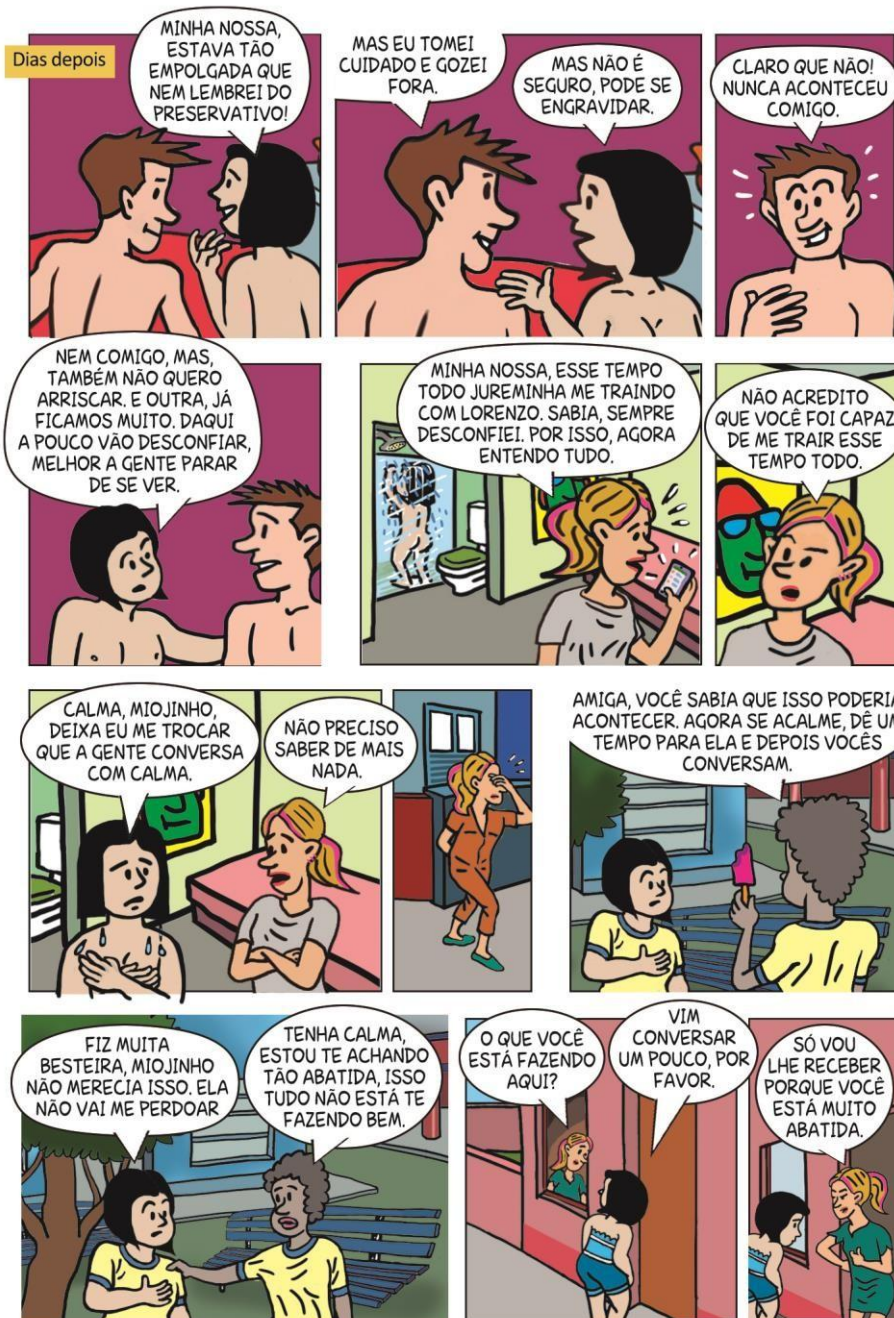






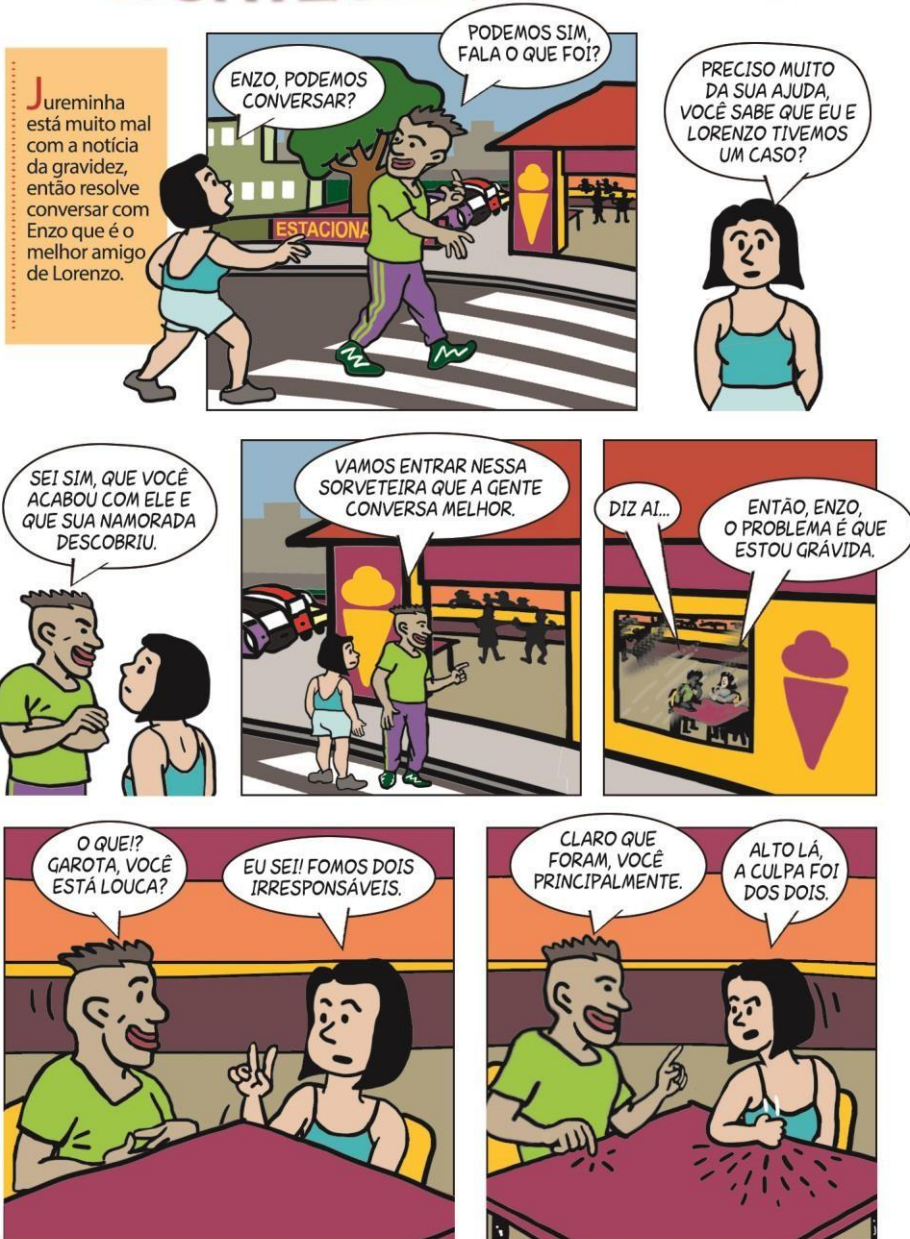




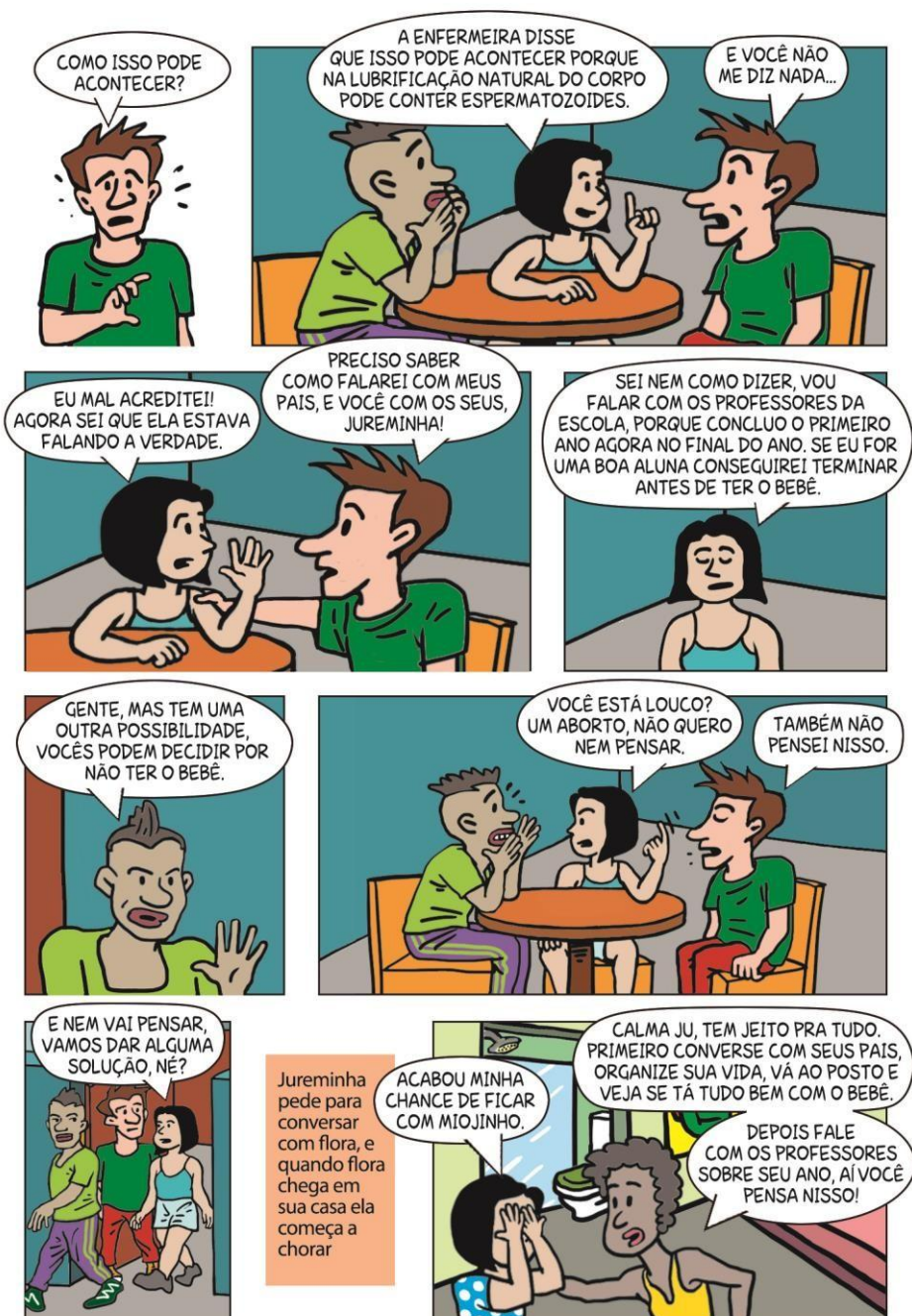




ACONTECEU, E AGORA?









CALMA, AGORA NÃO ADIANTA ESSE CARNAVAL. NÃO SE PREOCUPE, VOU CONVERSAR COM ELE. E ESSE RAPAZ, VAI ASSUMIR O FILHO?



PARECE QUE SIM...



FIQUE CALMA QUE VAMOS RESOLVER AS COISAS.



No posto de saúde

VOCÊ JÁ ESTÁ COM 10 SEMANAS, QUASE TRÊS MESES, E TEM MENOS DE 15 ANOS. SEU PROCESSO DE GESTAÇÃO É DE ALTO RISCO. VOCÊ FICARÁ SENDO ACOMPANHADA PELA EQUIPE COM UM PROFISSIONAL MÉDICO E UMA ENFERMEIRA.



O QUE ISSO SIGNIFICA ENFERMEIRA?

SEU CORPO AINDA NÃO ESTÁ PREPARADO PARA GERAR OUTRA CRIANÇA. COMO ESTÁ IMATURO, SUA GRAVIDEZ É DE RISCO, SENDO NECESSÁRIO UM ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE. ESSE PROCESSO DE GESTAÇÃO É FISIOLÓGICO E NATURAL, NÃO É DOENÇA. O CORPO NA ADOLESCÊNCIA SE DESENVOLVE PARA FUTURAMENTE GERAR UMA CRIANÇA. NESSE PERÍODO DE MATURACÃO, SEU CORPO EM DESENVOLVIMENTO GERA UM FILHO E VOCÊ PRECISARÁ DE MAIS CUIDADO.



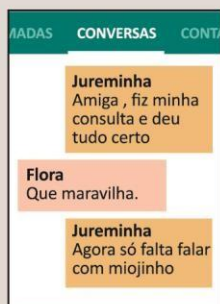
ENTÃO EU NÃO PRECISO FICAR EM CASA DE REPOUSO?

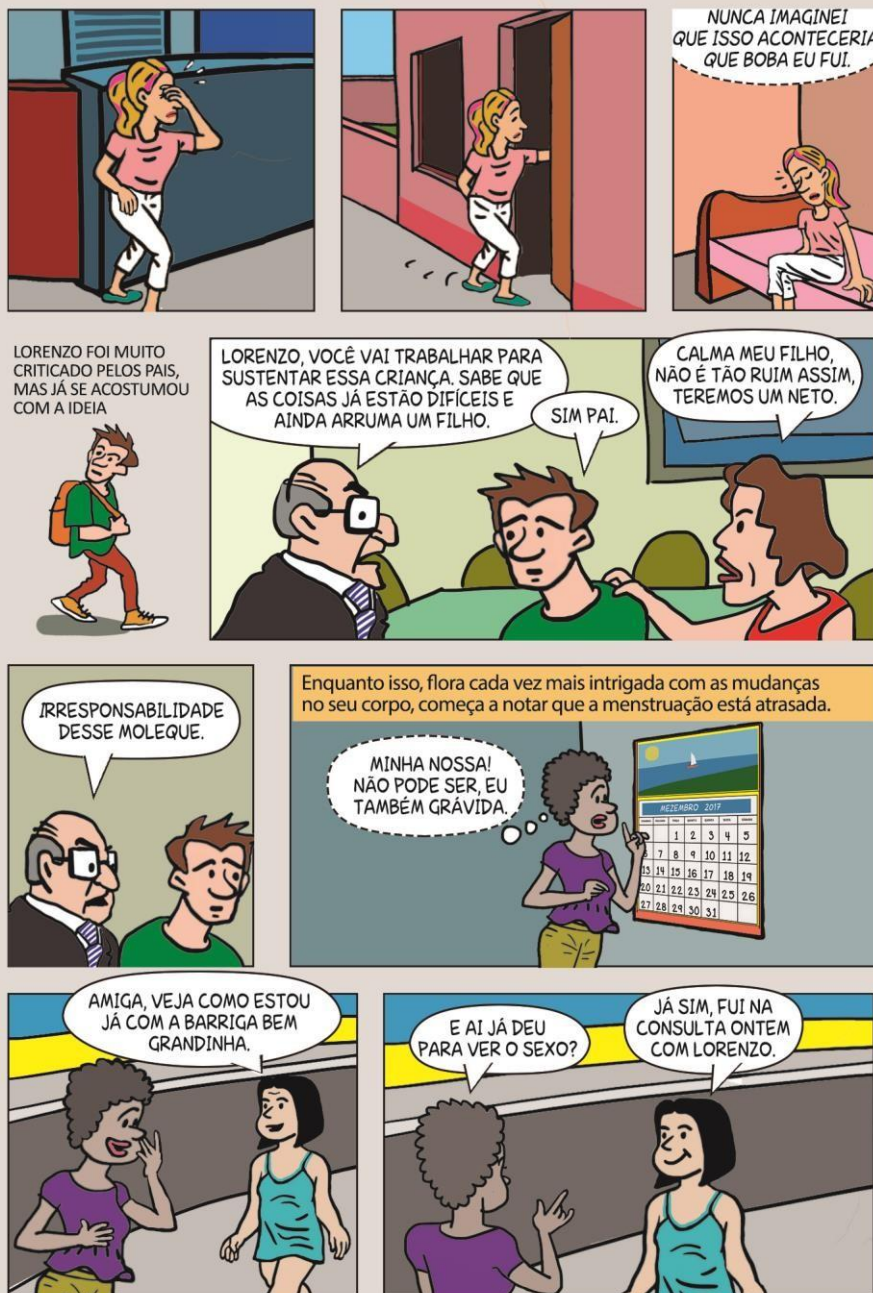


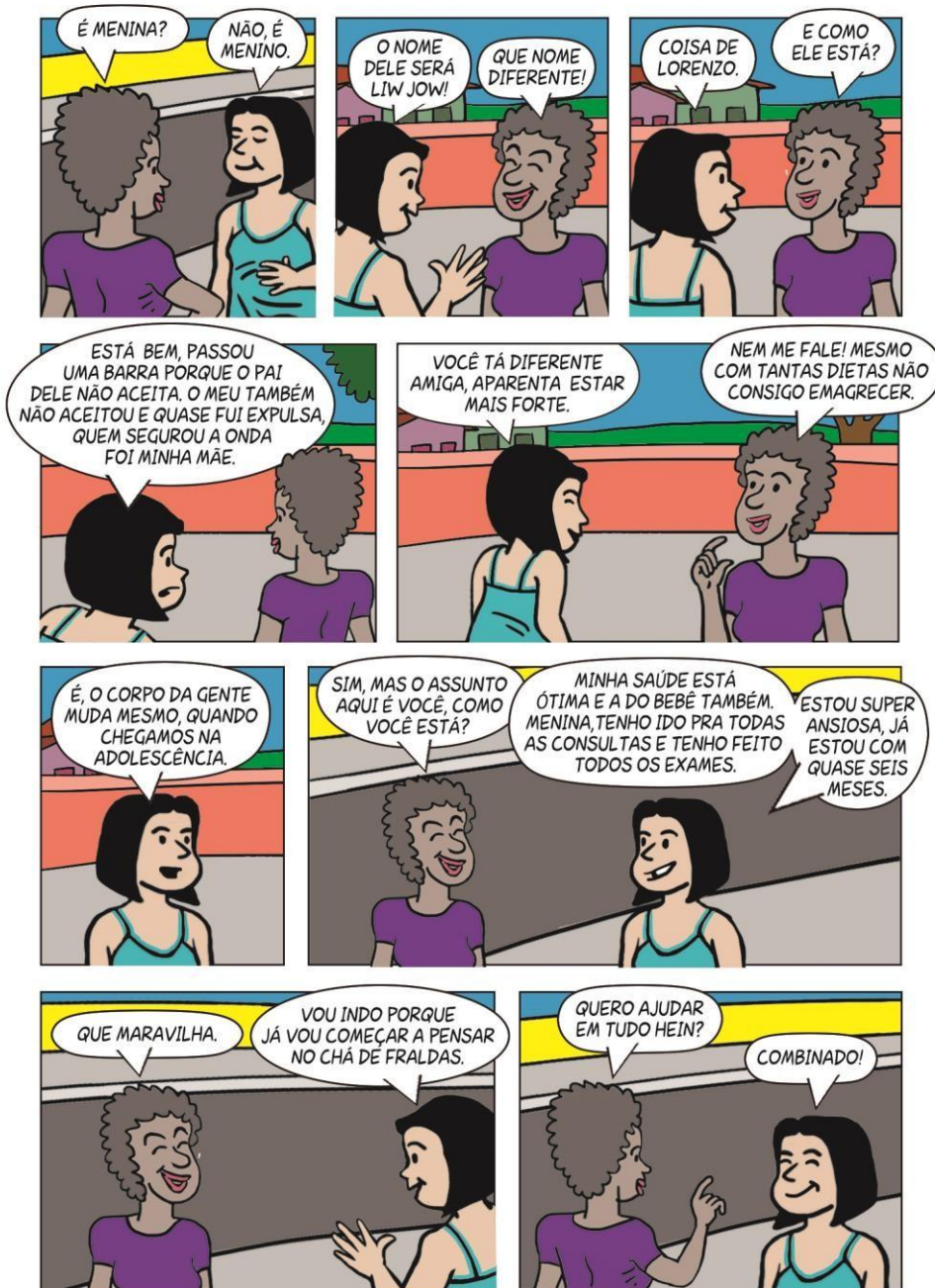
CLARO QUE NÃO! BEBIDA ALCOÓLICA NÃO PODE CONSUMIR, POIS TUDO VAI PARA O BEBÊ. ALÉM DISSO, FAÇA TODAS AS CONSULTAS NO PRÉ-NATAL, EXAMES SOLICITADOS E TENHA UMA BOA ALIMENTAÇÃO.



VOU ME CUIDAR SIM, E TAMBÉM DESSE MOLEQUE QUE ESTÁ AQUI.





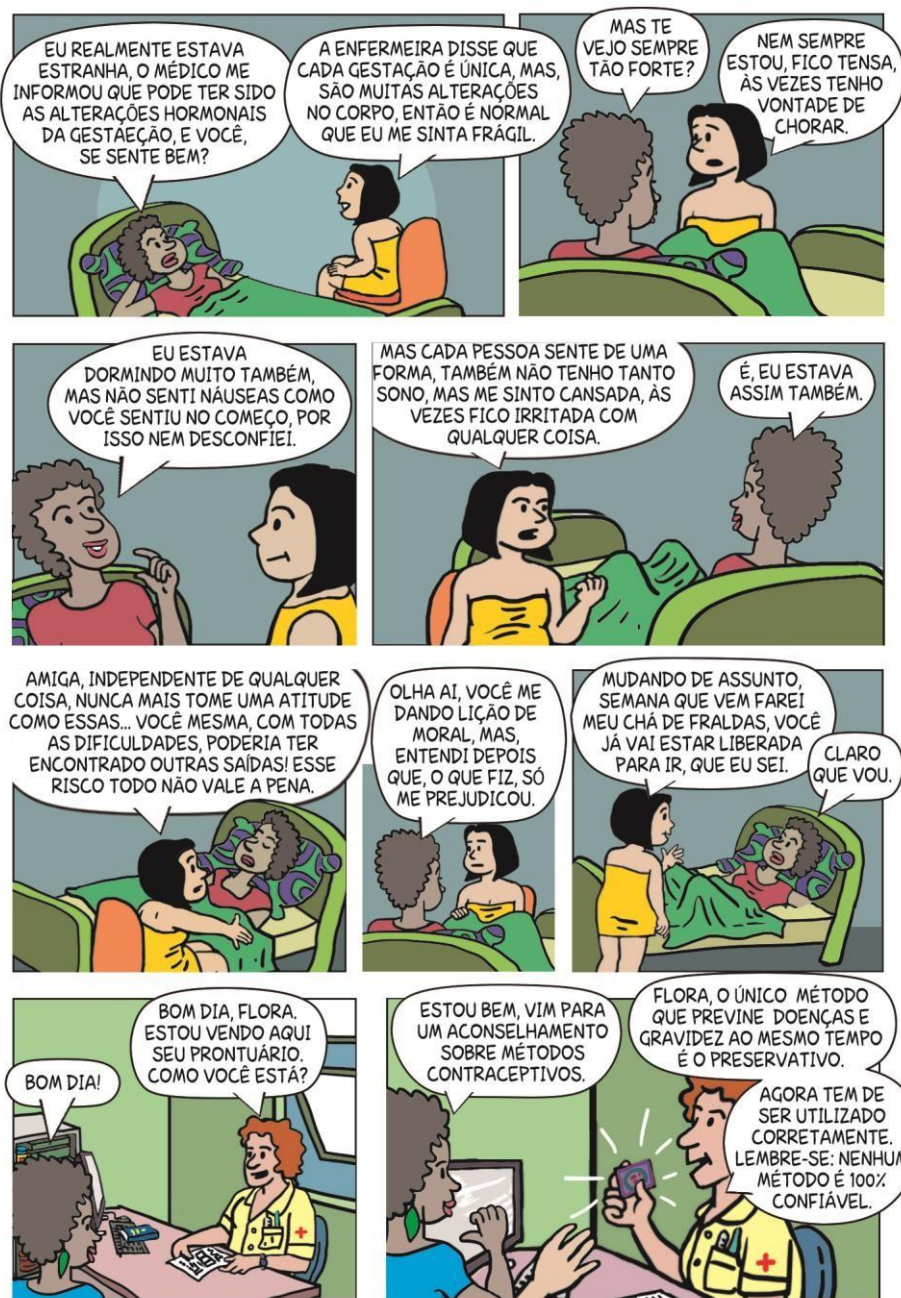






Alguns dias depois Flora não se sente bem, começa com febre, mal estar e então sua mãe resolve levá-la ao médico.









REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério do Brasil, 2013.

Brasil, Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 5 ed. Brasília, 2010.

Brasil, Ministério da Saúde. Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério do Brasil, 2012.

ANEXO E - CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO LIVRO CIÊNCIAS HUMANAS

INFOGRÁFICO

SAÚDE E PREVENÇÃO

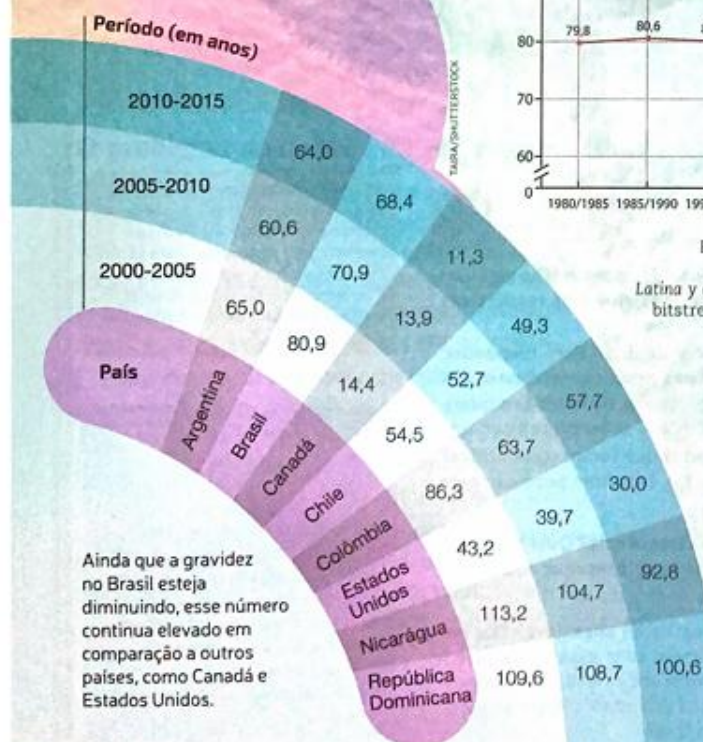
Muitos jovens como você estão enfrentando desafios que não deveriam concorrer com os estudos, o crescimento, a diversão e o conhecimento. Isso se refere àqueles que estão se tornando pais precocemente ou adquirindo doenças que podem interferir no curso de sua vida. Vamos estudar um pouco sobre essa realidade.

No Brasil, de 1995 a 2000, a média de nascimentos era 83,6 a cada grupo de 1000 adolescentes de 15 a 19 anos (83,6‰, lê-se 83,6 por mil). Esse número diminuiu para cerca de 68,4‰ no período de 2010 a 2015. Acompanhe no gráfico.

Gravidez na adolescência

A gravidez é um momento muito importante, afinal é uma responsabilidade gerar uma vida. Biologicamente, trata-se de um desafio maior para as mulheres. E quando a gravidez ocorre na adolescência, as mudanças na vida de uma jovem são ainda maiores.

Número de nascimentos a cada mil (‰) adolescentes entre 15 e 19 anos de alguns países - 2000-2015



Ainda que a gravidez no Brasil esteja diminuindo, esse número continua elevado em comparação a outros países, como Canadá e Estados Unidos.



Alterações no corpo.



Adiamento de alguns planos.

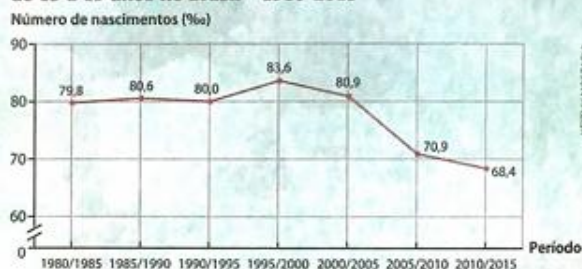


Riscos para a saúde.



Limitações em algumas atividades.

Número de nascimentos a cada mil adolescentes de 15 a 19 anos no Brasil - 1980-2015



Fonte: ONU. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 jun. 2020.

PARA SABER MAIS SOBRE O ASSUNTO

Acompanhe a história de Jana ao descobrir que está grávida, os preconceitos e dificuldades que envolvem uma gravidez na adolescência.

- *E agora, mãe?* de Isabel Vieira. 3ª edição. São Paulo: Moderna, 2013.

Outro aspecto da gravidez na adolescência é a responsabilidade parental. Muitas meninas enfrentam sozinhas, ou apenas com suas famílias, a responsabilidade de ter um filho. Há muitos casos de meninos, bem como suas famílias, que não assumem esse compromisso.

Prevenir-se contra as ISTs

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) também podem acometer a população jovem. São um conjunto de infecções causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos transmitidos pelo contato sexual. A forma mais eficaz de combater as ISTs é o uso de preservativo nas relações sexuais.

Comparação entre alguns métodos contraceptivos - 2018



Fonte: World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018. p. 30, 119, 248, 262. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

UM PAI PRESENTE IMPORTA



Cartaz da campanha **Um pai presente importa**, do Fundo de População das Nações Unidas, de 2018.

REFLETIR e RESPONDER

- Em relação aos métodos contraceptivos apresentados, responda:
 - Quais deles previnem as ISTs?
 - Explique com suas palavras o que significa uma eficácia de 87% no uso da camisinha masculina.
 - Qual método tem a maior eficácia, ou seja, tem a menor probabilidade de causar uma gravidez indesejada?
- Em sua opinião, por que o número de gravidez na adolescência ainda é alto no Brasil? Realize um debate com os colegas da turma com base nas seguintes questões.
 - Falta informação a esses jovens?
 - Falta acesso a métodos contraceptivos?
 - Faltam políticas públicas para promover informação ou acesso aos métodos?
 - Os jovens estão dando a devida importância para a prevenção?
 - A responsabilidade dessa prevenção está sendo dividida entre homens e mulheres?
 - Façam um texto coletivo com as principais ideias discutidas e concluídas no debate.

Ao comparar as características dos métodos contraceptivos, você estará mais preparado para fazer escolhas baseadas em riscos probabilísticos no uso de um método, aplicando assim o conhecimento matemático em um contexto cotidiano, o que contribui para sua formação geral, conforme orienta a **Competência específica de Matemática 1**.

Por dentro da BNCC

Consumo de álcool e outras drogas

Leia o trecho da reportagem abaixo.

Os riscos do consumo de álcool na adolescência

No Brasil, pesquisas apontam que 26,8% dos jovens com idades entre 15 e 19 anos relataram consumo de álcool no último ano, o que é um fator de risco para acidentes, violências e doenças.

De cada dez pessoas que começam a beber antes dos 15 anos, seis fazem isso em festas ou por influência dos amigos. [...]

DELBONI, C. Os riscos do consumo de álcool na adolescência. *Estadão*, São Paulo, 26 ago. 2019. Disponível em: <<https://emails.estadao.com.br/blogs/kids/os-riscos-do-consumo-de-alcool-na-adolescencia/>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

4. Em sua opinião, quais são os motivos que levam adolescentes e jovens a consumir bebidas alcoólicas?

Drogas são substâncias que comprometem tanto o funcionamento do corpo quanto o comportamento do usuário. Entre as drogas mais consumidas por adolescentes e jovens estão o álcool e o cigarro, e um dos principais problemas relacionados a esse consumo é a dependência química.

O álcool é uma droga lícita, aceita socialmente, e que deve ser vendida apenas para maiores de 18 anos. Porém, apesar de sua proibição, o que se tem observado é um consumo cada vez maior dessa droga por menores de idade, como citado no trecho da reportagem.

O consumo de bebidas alcoólicas na infância e na adolescência tem graves consequências. O álcool pode atuar em áreas cerebrais ainda em desenvolvimento, como as associadas às habilidades cognitivas e comportamentais. Seu consumo também pode levar a déficit de memória e queda no rendimento escolar. Quando consumido por pessoas na faixa dos 15 anos de idade, o álcool causa uma maior predisposição a desenvolver dependência. Além disso, ele pode facilitar o uso de outras drogas ainda mais nocivas e levar a comportamentos de risco, como aumento da agressividade, direção de veículos sob embriaguez e violência sexual, tendo em vista que prejudica a compreensão e a tomada de decisão do indivíduo.

O cigarro é a segunda droga lícita mais experimentada entre adolescentes e jovens. Seu uso nesses grupos de indivíduos também está relacionado a diferentes fatores, como a aceitação dos colegas. Assim como o álcool, a nicotina, presente no cigarro, leva à dependência. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. Além disso, é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças, como tuberculose, infecções respiratórias, úlcera, impotência sexual, infertilidade e osteoporose.

**ESTE PRODUTO CAUSA
CÂNCER**

**PARE
DE
FUMAR**

DISQUE SAÚDE

136

Quilômetro Geral da SUS
www.saude.gov.br

ACETIVO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/
GOVERNO FEDERAL

Sofrimentos mentais

Além do uso das drogas citadas anteriormente, outras condições podem prejudicar a saúde mental de adolescentes e jovens. As diversas mudanças físicas, emocionais e sociais, características da adolescência e da juventude, e a exposição a fatores como pobreza, violência e abusos, podem tornar o adolescente e os jovens vulneráveis a sofrimentos mentais – entre os mais comuns então a ansiedade e a depressão.

A depressão é um sofrimento mental que afeta as tarefas e as relações do indivíduo no meio escolar, no trabalho e na família, por exemplo. Esse sofrimento pode se apresentar em diferentes graus, de leve a grave, cujos sintomas podem ser variáveis. De modo geral, a pessoa acometida por depressão tem humor deprimido, perda de prazer e interesse pelas atividades cotidianas e falta de energia, por exemplo. Algumas pessoas também podem apresentar distúrbios de sono, crises de ansiedade, baixa autoestima, falta de concentração e distúrbios alimentares.

Informação presente em embalagem de cigarro. Nas embalagens desses produtos é obrigatória a advertência sobre os malefícios causados por essa droga. No Brasil, a média de idade de experimentação entre os adolescentes é de 16 anos, para ambos os sexos.

ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AS ESCOLAS**AUTORIZAÇÃO****SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a doutoranda Mayara Inácio de Oliveira, a desenvolver o seu projeto de pesquisa: História em Quadrinho para a promoção da auto eficácia na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares: ensaio clínico randomizado, a ser realizada em escolas do Ensino Fundamental II (9º ano) e Ensino Médio, da rede estadual e municipal, na zona norte do Recife. A pesquisa objetiva avaliar o efeito do Gibi Educacional “E na hora H o que pode rolar? ” Mostrando que a iniciação sexual precoce pode gerar comportamentos considerados de risco para toda a vida.

Ressalta-se que as histórias em quadrinhos, em questão, poderão contribuir com ações de educação em saúde, como um importante recurso didático na promoção da saúde sexual e reprodutiva, direcionadas para o público adolescente no contexto escolar.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se as mesmas a utilizarem os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Recife, 04 de julho de 2023

Joelma Maria de Lima
Analista Educacional
Matrícula: 300.766-9

SEE - Secretaria Executiva de Desenvolvimento da Educação



Documento assinado eletronicamente por **Joelma Maria de Lima**, em 04/07/2023, às 15:57, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).

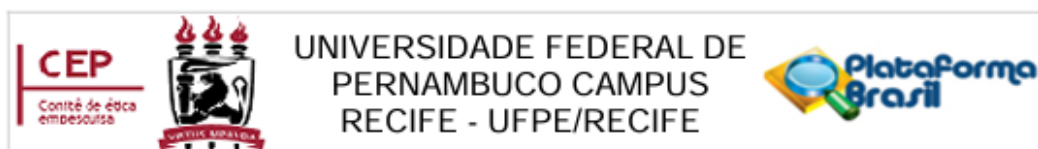


A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **38332053** e o código CRC **2C431305**.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Av. Afonso Olindense, 1513, - Bairro Várzea, Recife/PE - CEP 50810-900, Telefone:
(81) 3183-8200

ANEXO G - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: História em Quadrinho para a promoção da autoeficácia na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares: ensaio clínico randomizado

Pesquisador: Mayara Inácio de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71764123.3.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.432.706

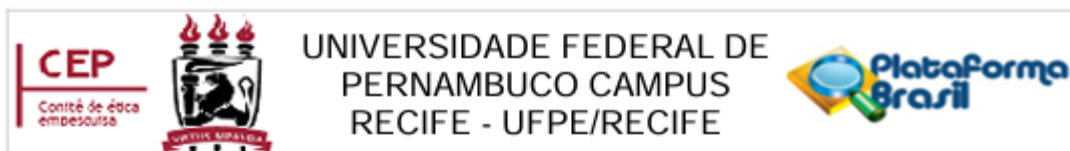
Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de tese da doutoranda Mayara de Oliveira, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE, sob a orientação da Profa Tatiane Guedes. A pesquisa pretende investigar o efeito do Gibi Educacional "E na hora H o que pode rolar?" para a autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares. Para isso, será realizado um estudo experimental com delineamento de Ensaio Clínico Randomizado. O estudo terá como cenário as escolas de fundamental e ensino médio da rede estadual e municipal da cidade do Recife. A pesquisadora apresentou carta de anuência para realização do estudo em escolas do Ensino Fundamental II (9º ano) e Ensino Médio, da rede estadual e municipal, na zona norte do Recife. A amostra será composta por dois grupos (intervenção e controle) de 66 estudantes em cada um deles. O gíbi educacional será aplicado ao grupo intervenção e o desfecho a ser mensurado será a autoeficácia dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva antes e após a intervenção. Espera-se que o Gibi Educacional "E na hora H o que pode rolar?" seja capaz de modificar a autoeficácia dos adolescentes quanto à compreensão acerca da saúde sexual e reprodutiva, podendo colaborar nas orientações acerca das infecções sexualmente transmissíveis, além de informar sobre gravidez não planejada para o público adolescente.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.432.706

Avaliar o efeito do Gibi Educacional "E na hora H o que pode rolar?" para a autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares.

Objetivos Específicos:

- Desenvolver um instrumento de avaliação para a promoção da autoeficácia na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares;
- Averiguar as médias dos escores da autoeficácia da saúde sexual e reprodutiva do grupo controle e grupo intervenção;
- Comparar as médias dos escores da autoeficácia entre os adolescentes do grupo controle e grupo intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora apresentou os riscos e formas de minimizá-los, bem como os benefícios. Ademais, fez os ajustes solicitados no parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e trará importante contribuição para a promoção da autoeficácia na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos solicitados pelo CEP/UFPE. A pesquisadora efetuou ajustes no TCLE e TALE conforme solicitado anteriormente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

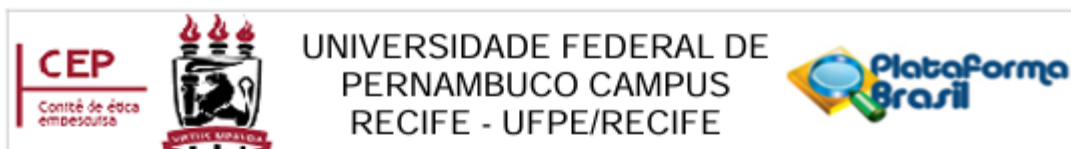
A pesquisadora efetuou os ajustes solicitados no parecer anterior. Dessa forma, recomenda-se aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final,

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.432.706

pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

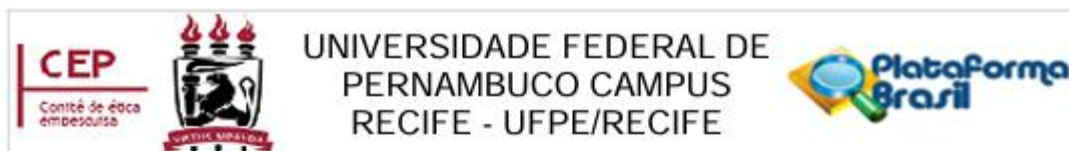
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2177365.pdf	17/10/2023 10:02:34		Aceito
Outros	respostas_pendencias.pdf	17/10/2023 10:02:05	mayara inacio de oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/10/2023 10:20:25	mayara inacio de oliveira	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	11/10/2023 10:03:41	mayara inacio de oliveira	Aceito
Outros	tcle_maiores.pdf	11/10/2023 10:03:07	mayara inacio de oliveira	Aceito
Outros	tcle_responsaveis.pdf	11/10/2023 10:01:51	mayara inacio de oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	11/10/2023 10:00:56	mayara inacio de oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	11/10/2023 09:57:52	mayara inacio de oliveira	Aceito
Outros	curriculo_Tatiane.pdf	18/07/2023 22:27:53	mayara inacio de oliveira	Aceito
Declaração de concordância	carta_de_anuencia.pdf	17/07/2023 15:17:49	mayara inacio de oliveira	Aceito
Outros	curriculo_lates_mayara.pdf	17/07/2023 15:06:24	mayara inacio de oliveira	Aceito
Outros	declaracao_vinculo.pdf	17/07/2023 14:55:51	mayara inacio de oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.432.706

Não

RECIFE, 18 de Outubro de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br