

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

IRIS NAYARA DA CONCEIÇÃO SOUZA INTERAMINENSE

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCACIONAL PARA ADESÃO À
VACINAÇÃO DO *PAPILOMAVÍRUS HUMANO*

RECIFE

2016

IRIS NAYARA DA CONCEIÇÃO SOUZA INTERAMINENSE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCACIONAL PARA ADESÃO À
VACINAÇÃO DO *PAPILOMAVÍRUS HUMANO***

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários do cuidado de Enfermagem

Grupo de Pesquisa: Enfermagem na saúde da mulher no contexto da família

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes

RECIFE

2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

I61c Interaminense, Iris Nayara da Conceição Souza.
Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do
Papilomavírus humano / Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense. –
2016.
175 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Cleide Maria Pontes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Validação. 2. Tecnologia educacional. 3. Vacina. 4. HPV. 5. Saúde da
mulher. I. Pontes, Cleide Maria (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-101)

IRIS NAYARA DA CONCEIÇÃO SOUZA INTERAMINENSE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCACIONAL PARA ADESÃO À
VACINAÇÃO DO *PAPILOMAVÍRUS HUMANO***

Dissertação aprovada em: 29 de fevereiro de 2016.

Prof.^a Dra. Cleide Maria Pontes (Presidente) - UFPE

Prof.^a Dra. Maria Auxiliadora Soares Padilha - UFPE

Prof.^a Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares - UFPE

Prof.^a Dra. Tatiane Gomes Guedes - UFPE

RECIFE

2016

Este trabalho é dedicado àqueles que acreditam no poder transformador da educação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu companheiro de todas as horas nesta jornada que é a vida.

Aos meus pais, Gentil e Marineide, por me ensinarem a lutar pelos meus objetivos desde cedo, acreditarem junto comigo nos desafios assumidos, compreenderem os momentos de ausência e valorizarem cada conquista.

Aos meus irmãos, Gustavo e Guthemberg, por me terem como amiga em qualquer circunstância, caminharem lado a lado nas várias etapas da minha história e vibrarem com o fechamento de cada ciclo.

A minha sobrinha Antonella, nascida durante o mestrado, um ser tão pequenino e amado que um dia entenderá o significado desse processo, por encher meus dias de alegria.

Aos meus avós, tios, primos e amigos, por torcerem pelo meu sucesso como pessoa e como profissional.

Aos meus amigos e companheiros de turma do mestrado, Amanda, Ester, Luana, Naélia, Natália, Nayara, Tiago e Vanessa, pela relação tão forte que construímos ao longo desses dois anos de estudos, sabendo reconhecer os momentos de êxito, tristeza, medo, dúvidas e críticas para amparar uns aos outros.

A minha orientadora, professora Dra. Cleide Maria Pontes, por toda dedicação e cuidado empregados no desenvolvimento deste trabalho, acreditando que ele seria possível; por se tornar a amiga e mãe acadêmica que compartilhou tanto conhecimento, sempre dividindo momentos de reflexão, satisfação e alegria; e por ser uma profissional da Enfermagem que inspira, realizando seu trabalho com compromisso e afinco.

A professora Sheyla Costa, pela contribuição na construção deste estudo, sendo minha conselheira em vários momentos.

Às professoras Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos e Luciana Pedrosa Leal, pelo grande incentivo no desenvolvimento da proposta de elaborar um vídeo educacional.

Às professoras Ana Karina Bezerra Pinheiro, Francisca Márcia Pereira Linhares e Luciana Pedrosa Leal, que compuseram a banca de qualificação do projeto de dissertação, pelas valiosas sugestões fornecidas, enriquecendo ainda mais o trabalho.

A Izabele e Priscila, futuras colegas de profissão e excelentes assistentes de coleta, integrantes do grupo de pesquisa Enfermagem na saúde da mulher no contexto da família, por se disponibilizarem para a execução da coleta de dados nas escolas e unidades de saúde.

Aos funcionários administrativos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Glivson e Camila, por todo o suporte fornecido nas atividades do curso.

Aos profissionais da saúde do Distrito Sanitário IV, pelo esforço em contribuir com a pesquisa, mesmo diante de seus afazeres diários.

Aos profissionais da Secretaria de Educação do Recife e Secretaria Estadual de Educação, por acreditarem no projeto e consentirem a coleta de dados nas escolas.

Aos gestores das escolas, por apoiarem a iniciativa e facilitarem o caminho para a coleta de dados.

Às professoras Cristina Teixeira, do Departamento de Comunicação da Universidade Federal de Pernambuco, e Maria Auxiliadora Padilha, do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco, por ofertarem seus conhecimentos na elaboração de um roteiro com maior aperfeiçoamento.

A Suelen Waleska, nossa produtora, por aceitar o desafio de construir a animação desde o projeto, pela sua disponibilidade e dedicação em atender nossos pedidos.

A Pedro Barroca, nosso designer, por abrilhantar nossos cenários e personagens com sua criatividade.

Aos voluntários que gravaram os áudios das vozes das personagens, por tamanha colaboração na produção do vídeo e desejo de cooperar com a proposta.

Aos juízes, participantes da validação de conteúdo, por todo o cuidado que tiveram na avaliação do vídeo educacional e pelas preciosas sugestões para seu melhoramento.

Às alunas, mães, professores e profissionais da saúde participantes dos grupos focais, pela disponibilidade, desejo de contribuir para a melhoria da saúde da mulher e grandes ideias que lançaram na construção do vídeo. Sem vocês esse trabalho, da forma que está, não seria possível.

Às alunas, mães e professores participantes da validação de aparência, por dedicarem um pouquinho de seu tempo para lançarem suas opiniões sobre o vídeo, em meio ao fechamento do ano letivo de 2015.

Aos profissionais da área de produção de vídeo, um campo novo e desconhecido para mim, por serem solícitos diante do meu pedido para validar a aparência do material e emitirem seus pareceres, aprimorando-o ainda mais.

Às professoras Maria Auxiliadora Padilha, Francisca Márcia Pereira Linhares e Tatiane Gomes Guedes, que compuseram a banca de defesa da dissertação, pela atenção concedida nas correções da versão do trabalho disponibilizada e pelas importantes considerações para deixá-lo ainda mais claro e completo.

Aos que não foram mencionados, mas que contribuíram na realização deste trabalho, direta ou indiretamente, também sou eternamente grata.

O pensamento é o ensaio da ação.

Sigmund Freud

INTERAMINENSE, I.N.C.S. **Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do *Papilomavírus humano***. Recife-PE: UFPE, 2016. 175 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2016.

RESUMO

O *Papilomavírus humano* (HPV) pode levar ao desenvolvimento do câncer de colo do útero. A partir de 2014, a vacina tetravalente, que protege contra os principais tipos oncogênicos do vírus, foi introduzida no calendário de imunização do Brasil, direcionada a meninas de nove a 13 anos. Para que a cobertura vacinal seja satisfatória e as taxas de vacinação não apresentem decréscimo ao longo da realização do esquema de duas doses, identifica-se a necessidade de elaborar estratégias que sejam utilizadas por professores e profissionais da saúde, em atividades educativas. A finalidade é melhorar o conhecimento sobre HPV e imunização entre as menores e seus pais, para promover a adesão. Assim, o objetivo desta dissertação foi validar um vídeo educacional direcionado à adesão da vacinação do HPV. Com o intuito de alicerçar esta pesquisa, foi construído um artigo de revisão integrativa no sentido de investigar as tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas para promoção da vacinação contra o HPV. A amostra, constituída por 11 estudos desenvolvidos em outros países e localizados em seis bases de dados, mostrou que os veículos de comunicação construídos e/ou utilizados para este fim foram o vídeo, mensagens de dispositivos eletrônicos, páginas da internet, programa de computador, radionovela e materiais impressos. No artigo original, realizou-se um estudo metodológico, no Distrito Sanitário IV da cidade do Recife-PE, de maio a dezembro de 2015. Na primeira etapa do estudo, identificou-se o conhecimento sobre a temática e a tecnologia a ser construída por meio de seis grupos focais, organizou-se um referencial teórico sobre HPV e vacinação e levantou-se os vídeos existentes. Após, elaborou-se um vídeo educacional seguindo-se os estágios de pré-produção, produção e pós-produção. Na segunda, foi feita a validação de conteúdo do material com 22 especialistas. Na terceira e última etapa, a validação de aparência foi desenvolvida com dez adolescentes, dez mães, dez professores e dez profissionais da área de audiovisuais. Os dados foram analisados no software IBM® SPSS® Statistics, versão 20.0. Realizou-se o cálculo da frequência absoluta, média, desvio padrão, teste binomial e Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index-CVI*). As sugestões emitidas foram analisadas e as mudanças necessárias implementadas. Diferentes níveis de conhecimento sobre HPV foram encontrados. Um vídeo educacional em formato de

animação foi construído, envolvendo conflitos sobre a vacinação e a tomada de decisão. A concordância foi satisfatória na maioria dos itens. Quanto à relevância, 20 itens tiveram CVI acima de 0,80 entre os juízes. Os cinco itens abaixo de 0,80 foram alterados, conforme as sugestões dos peritos. A avaliação foi positiva entre meninas e mães. Entre os professores, apenas dois itens apresentaram CVI menor que 0,80 e, entre os profissionais de vídeo, um foi abaixo deste valor. O vídeo educacional construído para promover a adesão à vacinação do HPV, a partir das contribuições do público-alvo da vacinação, pais, professores e profissionais da saúde, foi validado, considerado adequado para utilização em ações de educação em saúde com a população. Outros estudos deverão ser realizados a fim de testar sua eficácia na melhoria dos índices vacinais.

Palavras-chave: Validação. Tecnologia educacional. Vacina. HPV. Saúde da mulher. Enfermagem.

INTERAMINENSE, I.N.C.S. **Construction and validation of educational video for adherence to *Human Papillomavirus* vaccination.** Recife-PE: UFPE, 2016. 175 f. Dissertation (Master in Nursing) - Graduate Program in Nursing- Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2016.

ABSTRACT

The Human papillomavirus (HPV) can lead to the development of cervical cancer. From 2014, the quadrivalent vaccine, which protects against the major oncogenic virus types, was introduced into the immunization schedule in Brazil, aimed at girls aged nine to 13 years. For what vaccination coverage will be satisfactory and vaccination rates don't show any decrease in the realization of the two-dose regimen, identifies the need to develop strategies that are used by teachers and health professionals, in educational activities. The purpose is to improve the knowledge about HPV and immunization among lowest and their parentes, to promote adhesion. Then, the objective of this dissertation was to validate an educational video aimed at promoting HPV vaccination. With the intention to underpin this research, it built a integrative review article to investigate the educational technologies built and/or used to promote HPV vaccination. The sample, formed by 11 studies developed in other countries and located in six databases, it showed that the media built and/or used for this purpose were the video, eletronic devices messages, web pages, computer program, radio drama and print materials. In the original article, there was a methodological study, in the Health District IV of Recife-PE, from May to December 2015. In the first stage of the study, it was identified the knowledge about theme and technology to be built through six focus groups, organized a theoretical framework on HPV and vaccination and rose existig videos. After, it was prepared an educational video followed by the stages of pre-production, production and post-production. In the second, was done the content validation of material with 22 specialists. In the third and last stage, the appearance validation was development with ten adolescents, ten mothers, ten teachers and ten audiovisual professionals. The data were analyzed in IBM® SPSS® Statistics software, version 20.0. It was done the calculation of the absolute frequency, mean, standard deviation, binomial test and Content Validity Index (CVI). The suggestions issued were analyzed and the necessary changes implemented. Different levels of knowledge about HPV were found. An educational video in animation format was built, involving conflicts on vaccination and decision making. The agreement was satisfactory on most items. As for relevance, 17 items had CVI greater than 0,80 among judges. The five

items below 0,80 have been changed, according with the suggestions of experts. The evaluation was positive among girls and mothers. Among the teachers, only two items showed CVI less than 0,80 and, among the video professionals, one was below this value. The educational video built to promote adherence to HPV vaccination, from the contribution of the target audience of vaccination, parentes, teachers and health professionals, has been validated, considered suitable for use in health education activities with the population. Other studies should be conducted to test its effectiveness in improving vaccination rates.

Keywords: Validation. Educational technology. Vaccine. HPV. Women's health. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MÉTODO

Figura 1 - Publicações identificadas a partir das buscas nas bases de dados pesquisadas para a revisão integrativa. Recife-PE, 2016.	42
Figura 2 - Processo de seleção das publicações sobre tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o HPV que compuseram a revisão integrativa. Recife-PE, 2016.	43
Figura 3 - Representação das etapas do estudo do artigo original "Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do <i>Papilomavírus humano</i> ". Recife-PE, 2016.	48
Figura 4 - Mapa das regiões político-administrativas do Recife, com destaque para a RPA4. Recife-PE, 2016.	50
Figura 5 - Representação do processo de produção do vídeo educacional. Recife-PE, 2016.	57
Quadro 1 - Distribuição dos grupos focais por local de realização. Recife-PE, 2016.	51
Quadro 2 - Critérios de inclusão para profissionais atuantes na docência. Recife-PE, 2016.	60
Quadro 3 - Critérios de inclusão para profissionais atuantes na assistência. Recife-PE, 2016.	60
Quadro 4 - Escolas selecionadas para a validação de aparência do vídeo educacional. Recife-PE, 2016.	63

RESULTADOS

Artigo de Revisão Integrativa	
Quadro 1 - Síntese dos estudos que apresentaram tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas sobre HPV e vacinação. Recife-PE, 2016.	73
Artigo de Original	
Figura 1 - Personagens e cenas do vídeo educacional "É hora de se proteger com a vacina do HPV". Recife-PE, 2016.	88

LISTA DE TABELAS

RESULTADOS

Artigo de Revisão Integrativa

Tabela 1 - Publicações dos anos de 2006 a 2014 sobre tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o HPV. Recife-PE, 2016. 71

Tabela 2 - Publicações selecionadas sobre tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o HPV. Recife-PE, 2016. 71

Artigo de Original

Tabela 1 - Concordância e relevância dos itens para validação de conteúdo do vídeo educacional, segundo os juízes. Recife-PE, 2016. 89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
BDENF - Base de Dados de Enfermagem
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CASP - *Critical Appraisal Skills Programm*
CCS - Centro de Ciências da Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL - *Index of Nursing and Allied Health Literatura*
CVI - *Content Validity Index*
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
DP - Devio-padrão
DVD - *Digital Versatile Disc*
EAD - Educação à Distância
ESF - Estratégia Saúde da Família
FDA - *U.S. Food and Drug Administration*
FEM - Feminino
GF - Grupo focal
HPV - *Papilomavírus humano*
IBM - *International Business Machines*
I-CVI - *Item-Level Content Validity Index*
IES - Instituição de Ensino Superior
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MASC - Masculino
MeSH - *Medical Subject Headings*
MP4 - *MPEG Layer 4*
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PSE - Programa Saúde na Escola

RPA - Região Político-Administrativa

S-CVI - *Scale-Level Content Validity Index*

S-CVI/AVE - *Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method*

SM - Salário Mínimo

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

TAG - Grupo Técnico Assessor

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	27
2.1	Geral	27
2.2	Específicos	27
3	REVISÃO DE LITERATURA	28
3.1	Enfermagem e educação em saúde na vacinação contra o HPV	28
3.2	Vacinação contra o HPV	31
3.3	A escola como espaço de educação em saúde	32
3.4	O uso de tecnologias na educação em saúde	34
4	MÉTODO	40
4.1	Primeiro artigo: Tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o <i>Papilomavírus Humano</i>: revisão integrativa da literatura	40
4.1.1	ETAPA 1: Elaboração da questão de pesquisa	40
4.1.2	ETAPA 2: Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários	41
4.1.3	ETAPA 3: Extração de dados	43
4.1.4	ETAPA 4: Avaliação dos estudos primários	44
4.1.5	ETAPA 5: Análise e síntese dos resultados	44
4.1.6	ETAPA 6: Apresentação do trabalho final	45
4.2	Artigo original	46
4.2.1	Tipo de estudo	46
4.2.2	Etapas do estudo	46
4.2.2.1	Construção da versão inicial do vídeo educacional	49
	A) Realização de grupos focais	49
	B) Elaboração de referencial teórico sobre HPV e vacinação	54
	C) Estudo sobre vídeo educacional e levantamento das produções sobre a vacina contra o HPV	55
	D) Desenvolvimento do vídeo educacional	56
	<i>Primeira fase: Pré-produção do vídeo educacional</i>	57
	<i>Segunda fase: Produção do vídeo educacional</i>	58
	<i>Terceira fase: Pós-produção do vídeo educacional</i>	59
4.2.2.2	Validação de conteúdo	59
4.2.2.3	Validação de aparência	62

4.2.3	Organização e análise dos dados	64
4.2.4	Aspectos éticos e legais do estudo	65
5	RESULTADOS	67
5.1	Artigo de Revisão Integrativa: Tecnologias educacionais para a promoção da vacinação contra o <i>Papilomavírus humano</i> : revisão integrativa da literatura	67
5.2	Artigo Original: Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do <i>Papilomavírus humano</i>	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICES	110
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados dos estudos selecionados	111
	APÊNDICE B - Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos estudos selecionados	114
	APÊNDICE C - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores participantes do grupo focal	116
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes do grupo focal	119
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável legal da menor participante do grupo focal	122
	APÊNDICE F - Instrumento de coleta de dados para caracterização de escolares e adolescentes	125
	APÊNDICE G - Instrumento de coleta de dados para caracterização dos pais, professores, profissionais da saúde e da área da tecnologia educacional	126
	APÊNDICE H - Roteiro para realização dos grupos focais	128
	APÊNDICE I - Referencial teórico sobre HPV e vacinação	129
	APÊNDICE J - Roteiro do vídeo educacional "É hora de se proteger com a vacina do HPV"	135
	APÊNDICE K - Storyboard do vídeo educacional "É hora de se proteger com a vacina do HPV"	145
	APÊNDICE L - Convite aos juízes para validação do vídeo educacional..	147

APÊNDICE M - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os juízes	149
APÊNDICE N - Instrumento de coleta de dados para caracterização dos juízes	152
APÊNDICE O - Instrumento para validação do conteúdo do vídeo educacional	154
APÊNDICE P - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores participantes da validação de aparência do vídeo educacional ...	159
APÊNDICE Q - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais e professores participantes da validação de aparência do vídeo educacional	162
APÊNDICE R - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais da área da tecnologia educacional participantes da validação de aparência do vídeo educacional	165
APÊNDICE S - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável legal da menor participante da validação de aparência do vídeo educacional	168
APÊNDICE T - Instrumento para validação de aparência do vídeo educacional	171
ANEXO	173
ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa ...	174

1 INTRODUÇÃO

O *Papilomavírus humano* (HPV) é um DNA-vírus do grupo papovavírus, altamente contagioso, agente etiológico responsável por infecções na mulher e no homem. Atualmente, existem mais de 100 tipos reconhecidos, 20 deles podem infectar o trato genital, com diferentes potenciais de oncogenicidade. Aqueles considerados de alto risco, principalmente os tipos 16 e 18, quando associados a alguns fatores de risco, podem levar ao desenvolvimento de neoplasias intra-epiteliais de alto grau e do câncer invasor de colo do útero, vulva, vagina, pênis e região anal⁽¹⁾.

A contaminação pode se dar por uma única exposição, com a transmissão por contato direto com a pele ou mucosa infectada, sendo a principal via, a sexual. A maioria das infecções é assintomática. As lesões podem ser microscópicas ou subclínicas, visíveis apenas por meio de lentes de aumento ou após a aplicação de reagentes. Em outras situações, o vírus pode permanecer no organismo por vários anos sob a forma latente, sem provocar manifestações clínicas. Com menor frequência, as lesões tornam-se visíveis, assumem o formato de verrugas genitais, podendo ser condilomatosas, únicas ou múltiplas e de tamanho variáveis e, caso não sejam tratadas e identificadas, podem progredir para o câncer⁽²⁾.

A mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil, em 2013, foi de 5.430 óbitos. Nesse mesmo ano, o Nordeste ocupou o segundo lugar entre as regiões, com 1.692 óbitos, e o estado de Pernambuco apresentou 252 óbitos nas estatísticas nacionais⁽³⁾. A estimativa para essa neoplasia é de 16.340 casos novos em 2016, número também esperado para o ano de 2017. No Nordeste, a ocorrência esperada será de 19,49 casos/100 mil mulheres e, para Pernambuco, 970 casos novos também para 2016/2017. No mundo, esse tipo de câncer é o quarto mais comum entre as mulheres, enquanto no Brasil, ocupa a terceira posição⁽⁴⁾.

Em decorrência de agravos com elevada magnitude, a exemplo do câncer cervical, que comprometem a saúde das mulheres, políticas públicas são elaboradas com a perspectiva de garantir assistência integral, executadas em diferentes níveis de atenção, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) identifica o câncer de colo do útero como um dos principais agravos que acomete a população feminina. Neste contexto, um dos objetivos específicos dessa política é reduzir a morbimortalidade por câncer nessa população, por meio de ações preventivas, de diagnóstico e tratamento da neoplasia⁽⁵⁾.

Com a comprovação da relação entre a evolução da infecção pelo HPV e a ocorrência da doença, o Ministério da Saúde do Brasil buscou instituir medidas que tivessem impactos

significativos na sua prevenção e rastreamento. A diminuição do risco de contágio pelo vírus, por meio do uso de preservativos durante a relação sexual, juntamente com o diagnóstico precoce, a partir da detecção das lesões precursoras, fazem parte das estratégias nacionais de combate ao câncer de colo do útero. A realização periódica do exame citopatológico na população-alvo continua sendo a forma de rastreamento mais adotada, disponibilizada pela atenção primária em saúde⁽⁶⁾.

A vacina contra o HPV é outra medida adotada no Brasil para prevenir a infecção e, conseqüentemente, o câncer. É uma substância biológica que estimula a produção de anticorpos específicos para cada tipo do vírus, sendo sua eficácia reduzida quando a mulher teve contato prévio com o HPV. A administração do imunobiológico não deve substituir a realização do exame citopatológico e nem o uso dos preservativos nas relações sexuais. Indicou-se que a vacina é custo-efetiva quando combinada aos métodos de rastreamento tradicionais, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento⁽⁷⁾.

A partir de 2014, o Ministério da Saúde introduziu no calendário de imunização a vacina tetravalente para meninas de nove a 13 anos, que protege contra os dois principais tipos oncogênicos de HPV (16 e 18) e ainda contra os tipos 6 e 11, que ocasionam verrugas genitais. Essas meninas enquadram-se na faixa etária de escolares, que compreende de seis a 10 anos incompletos⁽⁸⁾, como também na de adolescentes, que vai de 10 a 19 anos⁽⁹⁾. O esquema vacinal consistia em três doses: a segunda dose aplicada após seis meses da primeira e a terceira após cinco anos da primeira. Em 2016, houve mudança do esquema para duas doses, sendo a segunda dose administrada seis meses após a primeira. A meta é que seja vacinada 80% da população-alvo. Os efeitos na redução da incidência da doença e na mortalidade somente serão observados após dez a quinze anos do início da vacinação^(10,11).

O HPV corresponde à infecção sexualmente transmissível (IST) mais comum na mulher e no homem. É previsto que pelo menos 50% dos indivíduos sexualmente ativos terão contato com o vírus em algum momento de suas vidas, sendo que em 80% das mulheres esse contato acontecerá até os 50 anos de idade. A prevalência e a incidência são altas em mulheres jovens, no início da atividade sexual e com múltiplos parceiros. A positividade para o HPV na população geral de mulheres varia de 21 a 48%, sendo os tipos 16 e 18 encontrados em 48 a 53% dos casos. Esses mesmos tipos são responsáveis por 50 a 55% de lesões de alto grau e em torno de 70% dos casos de câncer de colo do útero. Essa estatística é uma tendência observada tanto no mundo, quanto na América do Sul, inclusive no Brasil⁽¹²⁾.

Os elevados índices das IST tornaram-nas um problema de saúde pública. No Brasil, cerca de 137 mil casos novos de infecção por HPV são registrados anualmente e uma em cada

quatro adolescentes sexualmente ativas está contaminada pelo vírus⁽¹³⁾. Políticas públicas recentes com ênfase para os adolescentes, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, conferem a esse grupo a integralidade da atenção à saúde, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade. Nesse contexto, esta política destaca como prioridade a implementação de ações educativas acerca da saúde sexual e reprodutiva dessa população, para que adolescentes/jovens vivenciem essas questões de uma maneira saudável⁽¹⁴⁾.

Mesmo com a implantação de políticas públicas, verifica-se que muitas pessoas desconhecem o HPV, sua associação com o câncer e as vacinas disponíveis no Brasil. Isso reforça a necessidade de se desenvolver intervenções educativas com a população para prover o conhecimento adequado com enfoque para o HPV e medidas de prevenção⁽¹⁵⁾.

Na identificação do conhecimento, atitude e prática de 134 adolescentes de 14 a 19 anos sobre a prevenção do câncer de colo do útero e a infecção pelo HPV, um estudo evidenciou que apenas 50% associaram a realização do citopatológico ao diagnóstico, sendo mais expressivo entre aquelas com estado marital de união consensual ou casada. As filhas de mães analfabetas e com menor renda familiar tiveram menor percentual de respostas corretas. Sobre o conhecimento do HPV, 19,4% sabiam que o vírus é o principal agente oncogênico, com índice maior entre as que já realizaram o exame preventivo. O uso do preservativo em pelo menos uma relação sexual foi relatado por 97% delas, porém 47% concluíram que usar a camisinha diminui o prazer⁽¹⁶⁾.

Apesar das inúmeras fontes de informação sobre as IST disponíveis, como o posto de saúde, jornais, revistas, televisão e indivíduos do contexto familiar, a falta de conhecimento e conceitos equivocados sobre o HPV são comuns entre mulheres que realizam o tratamento para a infecção pelo vírus, entre alunos do ensino fundamental e médio das escolas da rede particular e pública e, até mesmo, entre os professores de ensino fundamental⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Portanto, é necessário fazer uso de recursos que chamem a atenção do público-alvo com o qual se trabalha em abordagens educativas, a fim de transformar esse cenário, por meio de práticas diferenciadas que busquem problematizar e motivar os envolvidos para a adoção de comportamentos saudáveis. Esse é um desafio notável para os profissionais da saúde, pois eles precisam ser criativos e persistentes ao tratar sobre temas relevantes e pouco conhecidos pela população.⁽⁷⁾

Com relação à vacina contra o HPV, informações incorretas e desatualizadas a respeito do assunto têm sido veiculados em diversos meios de comunicação e redes sociais

após o início da campanha de imunização no Brasil, prejudicando as ações de prevenção em saúde pública. O desconhecimento sobre a efetividade e segurança do imunobiológico pode influenciar os pais a deixar de proteger suas filhas contra doenças relacionadas ao HPV, principalmente o câncer de colo do útero⁽²¹⁾. Portanto, é notório que o conhecimento insuficiente pode prejudicar na aderência à vacinação, sendo esse um fator preocupante para a proteção das menores. Em 2015, a cobertura vacinal da primeira dose foi de 64,9%, enquanto para a segunda foi de 39,6%⁽²²⁾.

O receio entre a maioria dos pais, com relação à vacinação, deve-se também à ocorrência de eventos adversos pós-vacinais, que se apresentam raramente em meninas que recebem a dose do imunobiológico. Correspondem a sintomas leves como dor no local da aplicação, edema e eritema. Com menor frequência podem surgir cefaléia, febre de 38°C ou mais e desmaios. Mesmo diante da possibilidade de surgimento destes eventos, constatou-se que a vacina é segura e eficaz na prevenção contra o HPV e câncer de colo do útero. Foi indicada e aprovada para uso, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na população para a qual se destina^(2,7).

No Brasil, esse fator pode estar relacionado à diminuição na adesão ao esquema vacinal contra o HPV, justificando a redução do quantitativo de doses⁽¹¹⁾. Em Portugal, onde a vacina foi implementada desde 2008 no Programa Nacional de Vacinação, um estudo realizado em um centro de saúde⁽²³⁾ mostrou que ao longo dos cinco anos em que decorreu a imunização contra o vírus houve uma tendência ao não cumprimento do esquema. No último ano de realização dessa pesquisa, a situação foi mais preocupante, pois verificou-se que quase 40% das jovens não completaram as três doses da vacina. Nesse país, Portugal, o esquema de zero e seis meses também passou a ser adotado desde 2014⁽²⁴⁾. Esses resultados demonstram a necessidade de profissionais da saúde e professores intervirem junto às meninas em idade vacinal e pais, por meio de ações educativas que envolvam o uso de tecnologias que sensibilizem esse público e contribuam para promover a adesão à vacinação, ocasionando a diminuição da contaminação pelo HPV e, conseqüentemente, menor incidência do câncer de colo do útero na população feminina.

As tecnologias, a serem utilizadas para este fim, consistem em conhecimento técnico e científico traduzido na forma de ferramentas, processos e materiais criados a partir desse conhecimento. O termo tem origem grega, e significa estudo do ofício. Há uma tendência em se criar a concepção de tecnologia como sendo qualquer objeto que faça a mediação entre o pensamento das pessoas e a realização da ação propriamente dita, quando na verdade isso é um equívoco. A tecnologia serve para gerar conhecimentos a serem socializados, a fim de

dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la científica. Também representa uma explicação da técnica, do modo de fazer⁽²⁵⁾.

As tecnologias em saúde ganham espaço na prática assistencial da enfermagem sem provocar negligência dos aspectos éticos e humanitários intrínsecos à profissão. Seu uso em favor da saúde contribui diretamente com a eficácia, efetividade e segurança do cuidado. Quando utilizadas de maneira adequada promovem um viver saudável entre os indivíduos, tornando-os produtos e produtores do conhecimento⁽²⁶⁾.

A construção e validação de materiais educacionais com base nas tecnologias visam à obtenção de instrumentos confiáveis, que possibilitam ao profissional enfermeiro direcionar e dinamizar as ações de educação em saúde, pela oportunidade de realização de práticas pedagógicas participativas, em substituição aos modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, verticalizadas, e na transmissão de informações. A elaboração de ferramentas e a realização de intervenções inovadoras pelo enfermeiro devem buscar promover a adesão dos usuários a partir de reflexões da própria realidade e dos seus atos, para que possa haver o esclarecimento de questionamentos e a adoção de hábitos saudáveis⁽²⁷⁾.

O desenvolvimento e uso de tecnologias sobre a temática do HPV, dentro do contexto das IST e de sua relação com o câncer de colo do útero, são objetivos de estudos recentemente publicados. Um levantamento da produção de audiovisuais cadastrados pela Fundação Oswaldo Cruz⁽²⁸⁾ mostrou um quantitativo de 102 vídeos educacionais sobre DST/HIV/Aids produzidos, destinados a vários públicos, sendo que o tema HIV/Aids teve maior destaque e apenas 12 vídeos focaram as IST e quatro o diálogo sócio-familiar. Para intervenções educativas envolvendo o HPV, o vídeo foi um recurso bastante utilizado⁽²⁹⁻³¹⁾, mas vale ressaltar que a cartilha⁽³²⁾ e o jogo educacional⁽³³⁾ também foram empregados para esse fim.

Para determinar se o uso de um vídeo como ferramenta educacional poderia influenciar os pais na aceitabilidade da vacina contra o HPV, um estudo dos Estados Unidos mostrou que após assistirem o vídeo a aceitação aumentou de 66,7% para 78%. Antes do vídeo, 56,5% gostariam de vacinar suas filhas aos 15 anos ou mais jovens e, após, 94,1% aprovaram a vacinação aos nove anos⁽²⁹⁾. Outra ferramenta tecnológica com o objetivo de verificar se houve melhora do conhecimento de pais norte-americanos de origem latina sobre o HPV e a vacina foi a radionovela espanhola. A comparação entre pré e pós-testes evidenciou que os pais do grupo de intervenção que ouviram a radionovela tiveram maior pontuação em sete itens de conhecimento e crenças⁽³⁴⁾.

Um revisão integrativa da literatura, que se encontra incluída nesta dissertação, identificou estudos desenvolvidos em outros países com enfoque para a construção e/ou

utilização de tecnologias que promovam a vacinação contra o HPV. Como veículos para divulgação do assunto, encontraram-se vídeos^(29,35-38), radionovelas^(34,39), mensagens de dispositivos eletrônicos^(38,40,41), páginas da internet^(38,42), programa de computador⁽⁴³⁾ e materiais impressos^(37,38). Nesta revisão, não foram localizadas publicações que mostrassem a elaboração e uso desses materiais no Brasil. Portanto, verifica-se a necessidade de se executar pesquisas com esta finalidade.

Além disso, impulsionam o desenvolvimento de pesquisas voltadas à construção de ferramentas educacionais para serem utilizadas posteriormente com a população, a exemplo do vídeo educacional, a existência de fatores como a falta de conhecimento sobre o HPV, os tabus que impedem a discussão sobre sexualidade, a negação de que as meninas se tornarão sexualmente ativas, com risco de contrair o vírus, e a preocupação com a possibilidade daquelas que foram vacinadas adotarem comportamentos sexuais arriscados, constituindo barreiras à imunização contra o agente etiológico. Estas ferramentas possibilitarão ampliar a visão sobre o processo de infecção pelo HPV e suas repercussões e esclarecer dúvidas, proporcionando condições para que os pais aceitem e solicitem a vacinação de suas filhas⁽⁴⁴⁾.

O enfermeiro, apropriando-se de recursos tecnológicos que promovam o conhecimento, poderá fazer uso dos mesmos nas ações de educação em saúde principalmente junto às meninas da faixa etária que se pretende atingir e à família, tornando o processo de ensino-aprendizagem enriquecedor. Esse profissional, a partir da necessidade de estar em constante processo de capacitação teórico-prática, aprendendo, pesquisando e conhecendo novas tecnologias, tem a capacidade de integrar e aplicar novos adventos tecnológicos ao processo de cuidar em saúde. O emprego de materiais educacionais pode contribuir para a prática da problematização de conteúdos por meio da dialogicidade, de acordo com os princípios da educação libertadora⁽⁴⁵⁾, estimulando um pensar crítico e promovendo a transformação permanente da realidade.

A construção e aplicabilidade desses dispositivos em intervenções educativas, também no ambiente escolar, contribuirá para colocar em prática as políticas públicas intersetoriais que englobam a saúde e a educação, visto que a escola consiste em um local de articulação para o conhecimento da disponibilidade e necessidade da imunização e sua importância para evitar problemas no futuro. A intersetorialidade consiste exatamente na integração entre os serviços de saúde e outros setores públicos para articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não pertencentes ao SUS, potencializando os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis⁽⁴⁶⁾. O Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado a partir da parceria instituída entre saúde e educação e objetiva dar

cobertura na formação integral de crianças e jovens, afastando situações de vulnerabilidade. Isso é proposto por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, nas quais se inclui a educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das IST/Aids, conforme destaca o componente dois desta política; e ainda pela formação continuada dos gestores e profissionais de ambas as áreas em temas relativos ao PSE, como preconiza o componente três do documento⁽⁴⁷⁾.

Assim, pais, profissionais da saúde e da educação são as pessoas com maior influência na mudança de comportamento das jovens em relação à vacinação contra o HPV, sendo relevante o investimento na elaboração de tecnologias educacionais com ênfase para a saúde sexual e reprodutiva de escolares e adolescentes, aplicadas nas ações de educação em saúde em que todos esses atores estejam envolvidos no processo de construção do saber, refletindo na melhoria das condições de saúde da população feminina.

Com isso, identifica-se a necessidade de se construir um material educacional que aborde as questões de sexualidade nesse grupo e que colabore para o sucesso da vacinação com a melhoria dos índices de imunização em meninas na faixa etária de nove a 13 anos na rede pública de saúde, inclusive fazendo com que a adesão daquelas que foram vacinadas não apresente taxas decrescentes ao longo da realização do esquema vacinal. Esse recurso também poderá favorecer a abordagem realizada pelo enfermeiro e outros profissionais da saúde e da educação com relação às orientações específicas sobre o assunto, tanto para a população como para a comunidade científica, pois o conhecimento sobre o HPV e imunização ainda encontra-se restrito⁽¹⁵⁾.

Além disso, desenvolver tecnologias educacionais que envolvam a participação do público-alvo em sua construção, a partir da emissão de sugestões do conteúdo a ser contemplado e, inclusive, da modalidade que poderá ser escolhida, empodera todos os envolvidos no planejamento da educação em saúde e facilita a troca de conhecimentos, fazendo com que educadores e educandos sejam corresponsáveis pela aprendizagem⁽⁴⁵⁾.

A escolha do vídeo como tecnologia para divulgação do assunto e a emissão de sugestões do seu conteúdo foram expressas por meninas e mães, além de profissionais da saúde e educação, conferindo um diferencial no processo de elaboração deste material educacional. A intenção de realizar esse levantamento com a população foi para explorar o conhecimento, crenças, comportamentos, necessidades de comunicação e preferências. Dessa forma, é possível identificar os benefícios e barreiras existentes para a vacinação contra o HPV, o contexto em que as pessoas podem ser mais receptivas para agir de acordo com as mensagens emitidas e os canais confiáveis e aceitáveis de comunicação, além de permitir

perceber como a vacina se encaixa dentro dos valores sociais e culturais do público, considerando sua compreensão de saúde, doença, prevenção e imunização⁽⁴⁸⁾.

A participação das pessoas que irão desfrutar do vídeo educacional também pode ser empregada para testar a eficácia de conceitos e mensagens contidos na tecnologia; avaliar estratégias alternativas ou táticas e proporcionar ajustes antes da implementação, mostrando o que o grupo encontra de mais atraente, relevante, motivador e assegurando que são apropriadas, compreensíveis e não ofensivas, além de serem destinadas a melhorar o conhecimento e a aceitação da vacina entre as escolares, adolescentes e pais⁽⁴⁸⁾.

Diante do exposto, têm-se como questão de pesquisa: qual a validade de conteúdo e aparência de um vídeo educacional sobre HPV com enfoque para a vacinação?

De acordo com as exigências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, esta dissertação foi estruturada no formato de dois artigos científicos.

Nesta configuração, a secção Revisão de Literatura mostra a fundamentação da pesquisa, sendo formada pelos subtemas Enfermagem e educação em saúde na vacinação contra o HPV, Vacinação contra o HPV, A escola como espaço de educação em saúde, O uso de tecnologias na educação em saúde. A seguir, foi apresentada a secção Método, com o detalhamento da construção dos artigos científicos.

Os resultados desta dissertação são formados pelo artigo de revisão de literatura e um artigo original. O artigo de revisão integrativa, intitulado "Tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o *Papilomavírus humano*: revisão integrativa da literatura", teve como objetivo investigar as tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas para promoção da vacinação contra o HPV. O manuscrito foi aceito para publicação em revista indexada, Qualis A2 para Enfermagem.

O artigo original, intitulado "Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do *Papilomavírus humano*", teve como objetivo validar um vídeo educacional direcionado à adesão da vacinação do *Papilomavírus humano*. Será enviado para publicação em revista indexada, Qualis A1 para Enfermagem.

Os resultados permitiram a validação do vídeo educacional "É hora de se proteger com a vacina do HPV", construído a partir das contribuições de meninas, mães, profissionais da saúde, da educação e da área de produção de vídeo. Esse material poderá ser utilizado no desenvolvimento de estudos experimentais, como ensaios clínicos randomizados, e também auxiliará na execução de atividades de educação em saúde com a população, inclusive na escola, para melhoria da adesão à vacinação contra o HPV.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Validar um vídeo educacional direcionado à adesão da vacinação do *Papilomavirus humano*.

2.2 Específicos

- Identificar o conhecimento e atitudes sobre HPV e vacinação entre escolares, adolescentes, pais, professores e profissionais da saúde.
- Construir um vídeo educacional sobre o HPV, com enfoque para a vacinação.
- Realizar validação de conteúdo e de aparência do vídeo educacional "É hora de se proteger com a vacina do HPV".

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura foi elaborada para explicar os principais aspectos envolvidos no desenvolvimento do vídeo educacional, objetivando também relacioná-los aos itens abordados neste estudo para melhor entendimento e contextualização.

3.1 Enfermagem e educação em saúde na vacinação contra o HPV

A implantação da vacina contra o HPV na rede pública de saúde requer a contribuição do profissional enfermeiro na execução de atividades de educação em saúde, a fim de possibilitar o acesso da população ao conhecimento sobre o imunobiológico e, conseqüentemente, promover a adesão à vacinação.

A ação educativa constitui um dos principais eixos norteadores da prática da enfermagem, que ocorre nos diversos cenários pedagógicos capazes de potencializá-la, a exemplo do ambiente escolar. Em um processo contínuo de interação, escuta atenta e abertura às vivências do outro, obtém-se a construção compartilhada do saber e formas de cuidado diferenciadas. O profissional deve sistematicamente avaliar e conduzir o planejamento das atividades a serem desenvolvidas a partir da observação da realidade, dos interesses e das necessidades identificados⁽⁴⁹⁾.

As ideias de Freire mostram que, no processo educacional, é necessário conscientizar tanto educadores como educandos de que ninguém educa o outro, mas que os homens aprendem comunitariamente. A conscientização das pessoas é capaz de transformar a forma de viver e isso se torna possível com a prática da educação libertadora, que concede ao homem os instrumentos para desvelar a realidade e os mitos criados por uma superestrutura que se considera proprietária exclusiva do direito de realizar a vocação comum a todos os indivíduos⁽⁴⁵⁾.

A educação libertadora nem sempre esteve presente em nossa sociedade. No Brasil, as ações educativas em saúde, quando surgiram, eram denominadas de Educação Sanitária, que tinha o objetivo de controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que ameaçavam o país durante a República Velha, no início do século XX. Essa modalidade de educação em saúde tradicional era posta em prática depois que as doenças se instalavam, tomando proporções significativas, e a população era obrigada a acatar ordens. Com as mudanças no modelo de atenção à saúde, em que se consolidou a Reforma Sanitária, culminando com a criação do SUS, em 1988, surgiram a educação popular em saúde e a educação dialógica, em

que a teoria parte da prática e o diálogo é a base para a melhoria das condições de vida da população. Sob essa nova ótica, as ações educativas passaram a ser desenvolvidas com enfoque para a prevenção de doenças, promoção da saúde e integralidade no atendimento, envolvendo o indivíduo no cuidado de seu próprio bem-estar e incentivando a sua participação ativa no controle social do sistema público de saúde do qual é usuário⁽⁵⁰⁾.

Dessa forma, a educação em saúde representa, atualmente, a construção compartilhada do conhecimento. Ela é formada pelas experiências prévias das pessoas, que influenciam nas relações sociais e repercutem em sua qualidade de vida. Os trabalhos educativos que não se preocupam em investigar as vivências dos participantes sobre determinados fenômenos são tidos como ultrapassados e equivocados a respeito do real modo como ocorre o processo de conhecer⁽⁵¹⁾.

As ideias e práticas de saúde estão ligadas ao contexto cultural. A cultura constitui um mapa, um receituário, um código por meio do qual determinadas pessoas de um grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a elas mesmas. O diálogo gerado nos círculos de cultura objetiva o conhecimento no seu sentido mais amplo, com a intenção de revelar o sujeito, transformando o oculto em culto, empoderando-o social e politicamente, permitindo que os clientes/usuários tenham escolhas e decisões próprias. Infelizmente, é visto que alguns profissionais de saúde ainda trabalham com um conceito de crenças, valores e práticas homogêneas e fixas, resultando em atividades de educação em saúde revestidas de significados de déficit de conhecimentos, de saberes, de higiene e de autoestima. Assim, indivíduo e coletividade são percebidos como exótico ou primitivo, sendo a cultura primitiva um obstáculo para o entendimento do saber supremo da biomedicina⁽⁵²⁾.

Ao se deparar com culturas diferentes, não se deve fazer julgamentos tomando como base o próprio sistema cultural. Olhar as outras culturas de acordo com seus próprios valores e conhecimentos leva à reflexão de que cada indivíduo, família e comunidade possuem uma visão de mundo própria, que orienta suas práticas, conhecimentos e atitudes. A visão de mundo representa a forma na qual as pessoas vêem o mundo ou o universo e formam um quadro ou instância de valor sobre o mundo e suas vidas⁽⁵³⁾.

Com base nisso, pretende-se construir um vídeo educacional que promova o conhecimento sobre HPV e vacinação a partir das necessidades da população, considerando os aspectos culturais envolvidos, para que possa ser usado nas ações educativas em diferentes cenários. O que se espera é que o conhecimento adquirido provoque a tomada de decisão dos pais para vacinar suas filhas e, conseqüentemente, contribua para modificar o atual quadro provocado pelo câncer de colo do útero no Brasil e no mundo.

A enfermagem tem um papel fundamental nesse processo. O seu envolvimento com as práticas de educação em saúde está em evidência, pois estas vêm sendo reconhecidas como estratégias promissoras no enfrentamento dos vários problemas de saúde que afetam as populações e seus contextos sociais atualmente, como a neoplasia de colo uterino, por exemplo. A figura do enfermeiro destaca-se por ser esse um profissional que exerce o cuidar. A parceria que surge entre ele e o usuário da saúde estabelece uma relação dialógico-reflexiva, levando à conscientização sobre a situação de saúde-doença e percepção do indivíduo como sujeito de transformação da sua própria vida⁽⁵⁴⁾.

Neste contexto, o profissional enfermeiro prestaria um cuidado culturalmente congruente com a realidade sociocultural do cliente, o cuidado cultural, que o possibilita assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem-estar em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência e a morte⁽⁵⁵⁾.

No processo de cuidar, as pessoas entram em confronto com diferentes culturas e isso pode ser identificado como choque cultural ou imposição cultural. O choque nada mais é que o desconforto, desamparo ou desorientação sentidos ao se ter contato com uma cultura diferente, na tentativa de compreender ou adaptar-se a outro grupo, enquanto a imposição é a tentativa da pessoa recém-chegada ao grupo de impor seus próprios valores, crenças e comportamentos culturais⁽⁵⁵⁾. Portanto, na construção de tecnologias educacionais deve-se ter cautela para não impor o conhecimento teórico descoberto sobre determinada temática e sim preservar, ajustar ou repadronizar o que se sabe sobre ela.

Para aperfeiçoar o cuidado, núcleo de sua atuação, a enfermagem vem se apropriando de tecnologias, tanto em atividades técnico-assistenciais e burocrático-administrativas, como nas relações interpessoais estabelecidas. Em seu dia-a-dia, o emprego de tecnologias acontece de diferentes formas e é influenciado de acordo com o contexto em que é utilizado, enquanto ferramenta que proporcionará o cuidado. As tecnologias não devem se resumir a equipamentos, mas também aos saberes envolvidos na geração e utilização de produtos e organização das relações humanas, inovando a prática cotidiana da enfermagem na gerência, assistência, ensino, pesquisa e extensão⁽⁵⁶⁾.

Assim, as tecnologias podem ocupar lugar de destaque em ações educativas de promoção da saúde e prevenção do câncer de colo do útero, desenvolvidas pelo enfermeiro, ocasionando a emancipação dos sujeitos para a busca de saúde. O uso de recursos tecnológicos no combate à doença, principalmente por meio da divulgação do conhecimento

sobre a vacina contra o HPV aos diferentes públicos, pode ser capaz de aumentar os índices da vacinação e proteger a população feminina no futuro.

3.2 Vacinação contra o HPV

A vacina contra o HPV passou a ser ofertada pelo SUS em 2014 nas escolas e postos de saúde. O HPV, um vírus de transmissão sexual, está associado ao desenvolvimento do câncer de colo do útero em aproximadamente 98% dos casos da neoplasia. São conhecidos em torno de 200 tipos de HPV, porém, apenas 15 deles possuem potencial oncogênico, principalmente os tipos 16 e 18, responsáveis por 70% dos cânceres cervicais⁽⁵⁷⁾. Estima-se que 80% das mulheres com 50 anos serão contaminadas pelo vírus, mas se sabe que é na fase da adolescência que a infecção é adquirida, com maiores índices apresentando-se nas mulheres sexualmente ativas com até 25 anos de idade⁽⁵⁸⁾.

O câncer de colo do útero é uma doença grave e quando não tratada pode evoluir para óbito. No mundo e no Brasil, constitui a terceira causa de morte por câncer entre as mulheres. As estimativas mundiais mostram aproximadamente 530 mil casos novos e 265 mil mortes por esta neoplasia ao ano, com 88% dos óbitos ocorrendo em países em desenvolvimento. No território nacional, a cada ano esta doença faz 5.264 vítimas fatais. Sua alta incidência e mortalidade tornam-no um importante problema de saúde pública, especialmente nesse grupo de países, do qual o Brasil faz parte⁽⁵⁹⁾.

A alta prevalência do vírus entre as mulheres levou ao desenvolvimento de vacinas contra o microorganismo. Elas funcionam estimulando a produção de anticorpos específicos para cada tipo de vírus nos indivíduos vacinados. Atualmente existem dois tipos do imunobiológico: a vacina quadrivalente, que previne contra os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18, disponibilizada pelo SUS apenas para meninas de nove a 13 anos; e outra específica apenas para os tipos 16 e 18⁽⁶⁰⁾. Sua utilização como estratégia de saúde pública é conhecida em mais de 50 países, por meio de programas nacionais de imunização. A proteção é garantida em mulheres que ainda não iniciaram a vida sexual e, assim, não tiveram contato com o vírus. O que vem se observando é que as vacinas contra o HPV ainda são pouco conhecidas pela população em geral, embora esteja sendo distribuída na rede pública de saúde do Brasil⁽⁶¹⁾.

A imunização de crianças e adolescentes não constitui decisão fácil para os pais, sendo fundamental que os profissionais da saúde e da educação envolvam a família nesse processo, a partir do fornecimento de informações atualizadas e incentivo à vacinação das filhas. Mesmo ciente da importância da realização do procedimento, há fatores que podem impedir o

cumprimento do calendário vacinal da menor, a exemplo do esquecimento de datas diante de muitas responsabilidades, ansiedade a respeito da segurança das vacinas e preocupação em submeter sua criança à dor. Especialmente na vacinação contra o HPV, há a inquietação dos genitores diante da possibilidade de iniciação da vida sexual de suas filhas precocemente. O pai ou responsável pode não autorizar a vacinação das menores na escola ao encaminhar o "Termo de Recusa", devidamente preenchido e assinado. Como a imunização de meninas na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde depende da iniciativa de seus adultos cuidadores, cabe aos profissionais da saúde e da educação construir bons relacionamentos e parcerias práticas com esses atores⁽⁶²⁾.

Para tornar público o conhecimento sobre o vírus e a vacina e provocar mudanças de atitudes, o Ministério da Saúde preconiza a realização de ações educativas, inclusive com a utilização de tecnologias modernas, que busquem sensibilizar e informar meninas, pais e responsáveis, profissionais da saúde, professores e população em geral sobre HPV e câncer de colo do útero; vacinação contra HPV; realização periódica do rastreamento do câncer; diagnóstico, tratamento e prevenção das IST; e participação das jovens em busca de comportamentos saudáveis. Destaca-se, ainda, que a participação da família no acompanhamento das questões relacionadas à saúde é desejável e deve ser incentivada⁽⁶³⁾.

A escola tornou-se uma importante aliada dos serviços de saúde para se atingir a meta de 80% do público-alvo da vacinação contra o HPV. Isso é possível com o planejamento das secretarias de saúde, que vem realizando levantamentos e cronogramas de imunização nesses espaços. Essa medida foi estratégica, pois leva em consideração o quantitativo de meninas encontrado nesse local, bem maior do que as que chegam às unidades de saúde⁽⁶⁴⁾. A justificativa da vacinação nas escolas públicas e privadas deve-se também à oportunidade que pais e educadores podem ter para abordar temas relacionados à educação sexual das meninas, livre de preconceitos e tabus. Sendo esse um ambiente formador para os diversos aspectos da vida do ser humano e a vacina um importante meio de combater o câncer, torna-se fundamental não deixá-lo de fora das ações de educação em saúde⁽⁶⁵⁾.

3.3 A escola como espaço de educação em saúde

Na legislação de saúde vigente no Brasil, a lei orgânica da saúde, Lei nº 8.080/1990⁽⁶⁶⁾, enfatiza a educação como um fator que influencia no estado de saúde do indivíduo, quando cita em seu título I:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990, art. 3º)

A escola é um dos alicerces envolvidos no processo educacional. As crianças e adolescentes passam, em média, um terço do dia na escola, durante um longo período de anos, estudando e construindo sua educação, caráter, cultura e cidadania, constituindo um pilar de formação. Juntamente com outros espaços educativos que também possuem esta função, é um meio que integra o indivíduo à sociedade, ampliando o convívio social e erguendo relações complexas que se estendem por toda a vida⁽⁶⁷⁾.

A promoção da saúde no ambiente escolar originou-se com base nas ações desenvolvidas pelo Modelo Higienista da saúde pública brasileira, que ocorreu no fim do século XIX e início do século XX, com enfoque para a redução de agravos a partir da prevenção de doenças⁽⁶⁸⁾.

Nessa perspectiva, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional destaca a assistência à saúde na educação escolar pública, por meio de programas suplementares, especialmente no ensino fundamental. Isso pode ser garantido pelo desenvolvimento de conteúdos que resguardem os direitos dos menores, instituídos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo o direito à saúde uma das prioridades para esse grupo⁽⁶⁹⁾.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais preconizam que temáticas transversais sejam trabalhadas no cotidiano da sala de aula, ao levar em consideração que a saúde das pessoas reflete os modos de vida de cada sujeito e por defender que para a compreensão ou transformação da situação de um indivíduo ou comunidade é preciso considerar o que é produzido nas relações com o meio físico, social e cultural. O aluno, ao ser formado para o exercício da cidadania, deve compreender a saúde como direito e responsabilidade pessoal e social⁽⁷⁰⁾.

O PSE, criado em 2007 pelos Ministérios da Educação e da Saúde, constitui a atual política pública brasileira de saúde no contexto da escola, construída de acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais. Essa articulação intersetorial entre saúde e educação junto às demais redes sociais no desenvolvimento de ações educativas em saúde representa mais do que a oferta de serviços em um mesmo território, propiciando a sustentabilidade das ações com a configuração de redes de corresponsabilidade⁽⁷¹⁾.

Dentre os trabalhos desenvolvidos no PSE, questões relativas à saúde e ao cuidado com o próprio corpo podem ser abordadas no ambiente escolar. O componente dois desta

política coloca como prioritária a abordagem da educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das IST/Aids nas estratégias de promoção da saúde⁽⁴⁷⁾. A imunização contra o HPV é uma temática que podem ser explorada, pois a escola consiste um espaço essencial para o desenvolvimento do conhecimento partilhado entre meninas, pais e professores sobre a vacina, e representa um elo com a comunidade. Muitas vezes, essa integração ultrapassa os limites físicos do ambiente escolar, estendendo-se ao ambiente domiciliar, promovendo mudança de comportamentos dos pais ou responsáveis para a vacinação das filhas⁽⁷²⁾.

A operacionalização das atividades do PSE requer a participação de profissionais da Estratégia Saúde da Família, em que se inclui o enfermeiro, e da área educacional, na tentativa de unir esforços para a conquista da autonomia pelos sujeitos, que passam a participar crítica e criativamente no processo de promoção da saúde. O envolvimento desses profissionais objetiva alcançar a integralidade nas atividades desempenhadas pela saúde e pela educação e suas formações deverão ser contínua e permanente, de acordo com o que é encontrado no componente três da política⁽⁴⁷⁾. Eles têm em comum, dentre outras atribuições, a inserção transversal de temas da saúde no currículo escolar e participação no planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. A organização de um bom projeto é fundamental para a sistematização dos trabalhos, podendo contar com a utilização de tecnologias propícias para a promoção da saúde escolar⁽⁷³⁾.

3.4 O uso de tecnologias na educação em saúde

A utilização das tecnologias nas ações educativas oportuniza o empoderamento e a autonomia das pessoas cuidadas, dos profissionais de enfermagem e nas relações mediadoras do cuidado⁽⁵⁶⁾. O emprego dessas ferramentas por professores e profissionais da saúde nas ações de divulgação da vacina contra o HPV gera conhecimento destinado às meninas e suas famílias que resultam na vacinação e, conseqüentemente, na proteção das menores, sendo estes três aspectos beneficiados.

A palavra tecnologia provém de uma junção do termo tecno, do grego *techné*, que é saber fazer, e logia, do grego *logus*, que significa razão. Então, tecnologia diz respeito à razão do saber fazer. Corresponde ao estudo da técnica, o estudo da própria atividade do modificar, do transformar, do agir. Porém, vale destacar que uma definição precisa da palavra tecnologia é difícil, pois ela foi interpretada de várias maneiras ao longo da história, embasada em diferentes teorias e dentro de contextos sociais distintos. A trajetória das tecnologias não deve

ser entendida apenas como uma descrição sucessiva de artefatos inventados, mas também como o encadeamento das circunstâncias sociais que modificam o mundo e garante melhores condições de vida⁽⁷⁴⁾.

Quando se reflete sobre o cuidado de Enfermagem e o uso de tecnologias, é preciso, inicialmente, identificar qual a finalidade do cuidado para compreender que tipos de tecnologias são necessárias em uma determinada situação e, dessa forma, prestá-lo de maneira mais eficiente, eficaz e convergente às necessidades do ser cuidado⁽⁷⁵⁾.

No processo educacional, os profissionais da saúde e educação podem fazer uso de três tipos de tecnologia para o desenvolvimento das ações. São eles: a tecnologia dura, quando são utilizados instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos; tecnologia leve-dura, quando são usados os saberes estruturados, como teorias, modelos de cuidado, processo de enfermagem; e tecnologias leves, em que a prática do cuidado exige o estabelecimento de relações, a exemplo do vínculo, gestão de serviços e acolhimento⁽⁷⁶⁾.

As tecnologias também podem ser apresentadas como produto, aquelas cujo resultado é componente tangível e facilmente identificável, como equipamentos, instalações físicas, ferramentas, artefatos, etc.; e como processo, aquelas que incluem as técnicas, métodos e procedimentos utilizados para se obter um determinado produto⁽⁵⁶⁾.

Um outra classificação para as tecnologias diferenciam-nas em: tecnologias assistenciais, que incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e clientela, traduzidas em ações sistematizadas processuais e instrumentais para uma assistência qualificada em todas as dimensões; tecnologias educacionais, constituídas por um corpo de conhecimentos enriquecido pela ação do homem, não se restringindo apenas a equipamentos, envolvidas nos processos educativos formal e informal, e que requer um educador, para facilitar o processo de ensino-aprendizagem, um educando, que participará desse processo, e que ambos utilizem uma consciência criadora, de sensibilidade e criatividade na busca do crescimento pessoal e profissional; e tecnologias gerenciais, que consistem em um processo sistematizado e testado de ações teórico-práticas (planejamento, execução e avaliação), utilizadas no gerenciamento da assistência e dos serviços de saúde, para intervir no contexto da prática profissional, buscando a melhoria da qualidade⁽⁷⁷⁾.

Na Enfermagem, ainda é possível enquadrá-las como tecnologias de cuidado em enfermagem e tecnologias educacionais. As tecnologias de cuidado em enfermagem são divididas em tecnologia de manutenção, que representam os instrumentos utilizados nos hábitos de vida e nas limitações dos indivíduos, como tecnologias leves de acolhimento;

tecnologias de reparação, que constituem instrumentos utilizados para compensar uma disfunção, a exemplo de escalas para a prevenção de úlceras de pressão; e tecnologias de informação, composta pelo conjunto de informações sobre aspectos de saúde disponibilizados, como um software. As tecnologias educacionais possibilitam ao educador maneiras inovadoras de trocar conhecimento com o educando, favorecendo a construção e reconstrução do saber, facilitando o aprendizado e contribuindo para o avanço educacional⁽⁷⁸⁾.

Alguns profissionais desconhecem ou não se apropriam dos vários tipos de tecnologias existentes. Se conhecessem, talvez a produção tecnológica estivesse mais fortalecida, resultando em uma maior oferta desses recursos, que passariam a ser produzidos em larga escala. A temática da tecnologia precisa ser discutida, repensada e estudada, pois a produção e utilização ainda está incipiente na prática diária dos profissionais. Além disso, a abordagem do assunto desde o processo de formação do enfermeiro poderia transformar, construir e reconstruir novas tecnologias, possibilitando o uso em diferentes realidades das instituições de ensino e serviço⁽⁷⁸⁾.

O vídeo educacional construído e validado nesta pesquisa, a ser utilizado em ações desenvolvidas nas escolas para promover o conhecimento sobre a vacina contra o HPV, é classificado em tecnologia dura⁽⁷⁶⁾ e também em tecnologia educacional^(77,78). A primeira classificação justifica-se por ser o vídeo um recurso empregado no processo educativo acerca da vacinação. A segunda permite a identificação dos educadores, representados pelos profissionais da saúde e da educação, que facilitarão as atividades implementadas; dos educandos, que correspondem a meninas e pais que também contribuirão no processo educacional; e do produto, resultado do conhecimento compartilhado construído por esses atores.

As tecnologias da imagem atuais influenciam na relação do ser humano com o mundo, representando além de uma simples visão particular, mas também um canal de informação entre os indivíduos e a ciência. Atualmente, a conexão de uma câmera de vídeo portátil ao computador possibilita a produção e edição de material audiovisual de boa qualidade. As facilidades na obtenção e manuseio de recursos para a produção dessas tecnologias não exigem conhecimento técnico profundo, fato que justifica o surgimento de uma geração adepta dessa ferramenta e a grande quantidade de vídeos disponíveis em portais como o *YouTube*, *GoogleVideo*, *Yahoo!Video*, *VideoLog* e *MySpace*⁽⁷⁹⁾.

O fato dos materiais que contém recursos visuais possuírem muitas chances de ser compartilhados, inclusive nas redes sociais, é outro fator que favorece a ampla utilização dessa tecnologia. Além disso, foi descoberto que 90% das informações transmitidas ao

cérebro são visuais e processadas 60.000 vezes mais rapidamente do que os textos. Sendo assim, torna-se viável ter materiais de qualidade com facilidade de criação⁽⁸⁰⁾.

O vídeo pode ter diferentes denominações que o relacionam às suas características, como por exemplo: vídeo empresarial, vídeo documentário, vídeo reportagem, vídeo entrevista, vídeo caseiro/amador/profissional, dentre outros. Quando se refere ao produto para fins escolares, pode ser chamado de vídeo educativo ou educacional, vídeo instrucional e vídeo didático, que muitas vezes são equivocadamente entendidos como sinônimos. Os vídeos educativos ou educacionais são equivalentes e estão relacionados à amplitude do termo educação, enquanto os vídeos instrucionais sugerem treinamento e ausência de diálogo e interação. Os vídeos didáticos referem-se a um material construído especificamente para apoio nas atividades didáticas, embora se saiba que qualquer vídeo pode ser empregado para esse fim⁽⁸¹⁾.

Os vídeos podem ainda, dentro da área da saúde, ser agrupados em vídeo de campanha e vídeo de intervenção social. O primeiro pode durar até um minuto e busca convencer quem está assistindo, com várias exibições nos meios de comunicação. Os vídeos de intervenção social possuem duração aproximada de 15 a 20 minutos, devem ser apresentados em local próprio e direcionados para grupos sociais específicos, sensibilizando para a adoção de comportamentos saudáveis diante de problemas levantados⁽⁸²⁾.

Assim, o vídeo elaborado "É hora de se proteger com a vacina do HPV" enquadra-se como um vídeo educacional⁽⁸¹⁾, uma vez que objetiva ser trabalhado no ambiente escolar, para que as informações sobre a vacina contra o HPV cheguem até meninas e pais e promova a adesão à vacinação. Também pode ser denominado como vídeo de intervenção social⁽⁸²⁾, pela possibilidade de transmitir o conhecimento sobre o assunto em um espaço de tempo maior, sendo voltado especificamente para esse público.

Apesar de parecer uma ferramenta atual, o vídeo educacional vem sendo utilizado desde a década de 50, possibilitando diferentes maneiras de explorar as temáticas e melhor visualização do que se pretende abordar. Proporciona ao indivíduo uma maior capacidade de reproduzir coerentemente o que foi compreendido a partir da visualização⁽⁸³⁾.

Cada tecnologia tem sua especificidade e deve ser compreendida como um componente fundamental no processo educacional. O vídeo, quando usado para atingir um determinado objetivo, possui um papel significativo para a aprendizagem. Um exemplo disso é a função que assume na Educação à Distância (EAD), uma modalidade de educação mediada por Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Por vezes, consiste na única

forma de comunicação entre educador e educando, permitindo a interação dos sujeitos pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem⁽⁸⁴⁾.

A produção de um audiovisual representa mais que uma câmera na mão e uma ideia na cabeça, mesmo com todas facilidades que existem para a sua elaboração. É uma atividade transdisciplinar, que envolve desde o profissional especialista no assunto ao operador de câmera, até chegar ao público que se pretende atingir. Recomenda-se seguir algumas etapas para transformar uma história em uma sequência de imagens em movimento definida como filme ou vídeo, resultando em um produto final de qualidade a partir do maior envolvimento dos participantes⁽⁸⁵⁾.

O processo de produção de vídeos pode ser organizado em três estágios consecutivos: pré-produção, produção e pós-produção. A pré-produção corresponde à preparação, planejamento e projeto do vídeo que será produzido, desde a criação da ideia inicial até a gravação. A produção diz respeito à gravação de imagens e sons, envolvendo o elenco, câmeras, posicionamento de microfones, movimento para iluminação e cenografia. A pós-produção consiste na edição das imagens e sons gravados e todos os procedimentos necessários à conclusão do projeto em desenvolvimento para distribuição nos meios de comunicação⁽⁸⁶⁾.

Na produção de um vídeo, primeiramente, é necessário se ter a ideia inicial, a partir do tema central, que deve levar em consideração o público-alvo para o qual se pretende construir o material. Em seguida, dá-se a elaboração do roteiro, que constitui a forma escrita de qualquer projeto audiovisual. O roteiro é um resumo detalhado de cada cena que contém título, texto, música e outros elementos que farão parte do vídeo e que serão exibidos em uma ordem pré-determinada. O texto poderá ser gravado em áudio para posterior superposição das imagens gravadas, no momento da edição. Por fim, poderão ser criadas legendas, títulos, créditos dos autores (equipe envolvida e colaboradores), escolha do fundo musical e elaboração da capa do vídeo. A gravação em DVD, compartilhamento na internet e em repositórios específicos são opções para uso geral, como por exemplo, nas salas de aula⁽⁸⁷⁾.

O roteiro é considerado como uma história contada em imagens, diálogo e descrição, dentro do contexto de uma estrutura dramática, ou mesmo como a elaboração do argumento, em que os elementos acrescentados são o diálogo e descrição do drama, e narração no documental. Escrivê-lo exige um rigor específico. Sua estrutura é pautada na formulação de seis elementos, que levam ao roteiro final: ideia, conflito, personagens, ação dramática, tempo dramático e unidade dramática⁽⁸⁸⁾.

O lançamento e organização das ideias são fundamentais para a criação de um roteiro coerente e com sequência lógica. Ao serem formuladas, deve-se responder a quatro questões: 1) O que gravar? (escolha do tema, recorte e sinopse); 2) Qual é a finalidade? (ponto de vista sobre o tema, importância de abordá-lo, ideia que pretende defender); 3) Para quem? (escolha do público-alvo, seu perfil, o que ele sabe sobre o tema); 4) Como gravar? (formato e linguagem a ser usado, personagens, onde a história se passa)⁽⁸⁵⁾.

O conflito diz respeito ao confronto entre forças e personagens por meio do qual a ação se organiza e se desenvolve até o final, sendo a essência do drama. Existem três tipos de conflitos: aquele em que a personagem está em conflito com uma força humana, outro em que ela está em conflito com forças não humanas, a natureza ou outros obstáculos; e, por último, ela pode estar em conflito consigo mesma, com uma força interna. A *Story line* é o conflito matriz de uma história, representando uma síntese. As personagens possuem personalidade e se aplicam às pessoas com caráter definido que aparecem na narração. A sinopse ou argumento é a *Story line* desenvolvida sob a forma de texto que apresenta a defesa das personagens. A ação dramática é a maneira como se conta o conflito vivido pelas personagens, a construção da estrutura. O tempo dramático é a introdução do diálogo na cena para se obter a duração dela e a unidade dramática corresponde ao roteiro final, pronto para ser filmado ou gravado⁽⁸⁸⁾.

Na organização do roteiro, quanto mais informação ele conter mais qualidade terá, ajudando a lembrar de todos os detalhes no momento da produção. Nele, pode-se explorar o diálogo entre as personagens, como elas estão se sentindo, os enquadramentos ou definições das cenas, as condições dos locais onde elas acontecem, quando se pretende cortá-las e equipamentos necessários para a gravação. Após definir tudo isso, segue-se com o registro das imagens e falas, procurando seguir o que foi colocado no roteiro. É preciso estar atento à iluminação, movimentação da câmera, ângulos de visão, ruídos, figurino. Após isso, é necessário fazer a edição de vídeo e áudio, através de um software adequado, que compreende as seguintes etapas: entrada do material no programa, edição propriamente dita, finalização (inserção de efeitos, legendas, correção de cor) e produção das cópias para distribuição em DVDs, sites ou e-mail⁽⁸⁹⁾.

Assim, neste estudo, foi construído e validado um vídeo educacional de intervenção social para promover a vacinação contra o HPV, classificado como uma tecnologia dura/educacional, seguindo-se todas as recomendações preconizadas para a produção de material audiovisual.

4 MÉTODO

Este tópico descreve detalhadamente o percurso metodológico do artigo de revisão integrativa e do artigo original.

4.1 Primeiro artigo: Tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o Papilomavírus Humano: revisão integrativa da literatura

A prática baseada em evidências estimula o desenvolvimento e/ou a utilização, na prática clínica, de resultados obtidos em pesquisas. Como existe um quantitativo expressivo e a complexidade das informações na área da saúde, é necessária a produção de métodos de revisão de literatura, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas, como é o caso da revisão integrativa^(90,91).

A revisão integrativa é um método de pesquisa que consiste na busca, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis acerca de uma determinada temática de interesse, trazendo no resultado final o estado atual desse tema, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde, a redução de custos e a identificação de lacunas a serem preenchidas por estudos futuros⁽⁹⁰⁾.

Em sua elaboração, são operacionalizadas as seguintes etapas: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) amostragem ou busca na literatura dos estudos primários; 3) extração de dados; 4) avaliação dos estudos primários; 5) análise e síntese dos resultados; 6) apresentação do trabalho final⁽⁹²⁾. Esses passos foram seguidos para a elaboração deste primeiro artigo, no qual foi construída uma revisão integrativa.

4.1.1 ETAPA 1: Elaboração da questão de pesquisa

A questão de pesquisa estabelecida "Quais as tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas pelos profissionais da saúde para promoção da vacinação contra o HPV?" teve como propósito a identificação dos diversos meios disponíveis e apresentados na literatura para promover o conhecimento sobre a vacina contra o HPV, a nível nacional e internacional, visto que esse imunobiológico contribui para a proteção de mulheres contra o câncer de colo do útero e que recentemente foi implantado no Programa Nacional de Imunizações do Brasil⁽²⁾.

4.1.2 ETAPA 2: Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários

Para a seleção dos estudos primários, estabeleceu-se e se aplicou os seguintes critérios de inclusão: a publicação possuir como temática o HPV e a vacinação; abordar a construção e/ou uso de tecnologia educacional sobre HPV que contribua para adesão à vacinação; ser artigo original; e estar publicado nos idiomas português, inglês e espanhol no período compreendido entre 2006 e 2014, visto que a primeira vacina contra o HPV (Gardasil®) foi aprovada em 2006⁽⁹³⁾.

Como critérios de exclusão, tinham-se: trabalhos no formato de tese, dissertação, livro ou capítulo de livro, editorial, matéria de jornal, revisão narrativa, revisão integrativa ou sistemática da literatura, carta ao editor, estudo reflexivo e relato de experiência; além de estudos que não respondessem ao objetivo da revisão.

O período do levantamento bibliográfico correspondeu a 01 de julho a 31 de dezembro de 2014. A procura de artigos indexados ocorreu nas bases de dados *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PubMed, Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Adolec, na ordem em que se encontram citadas.

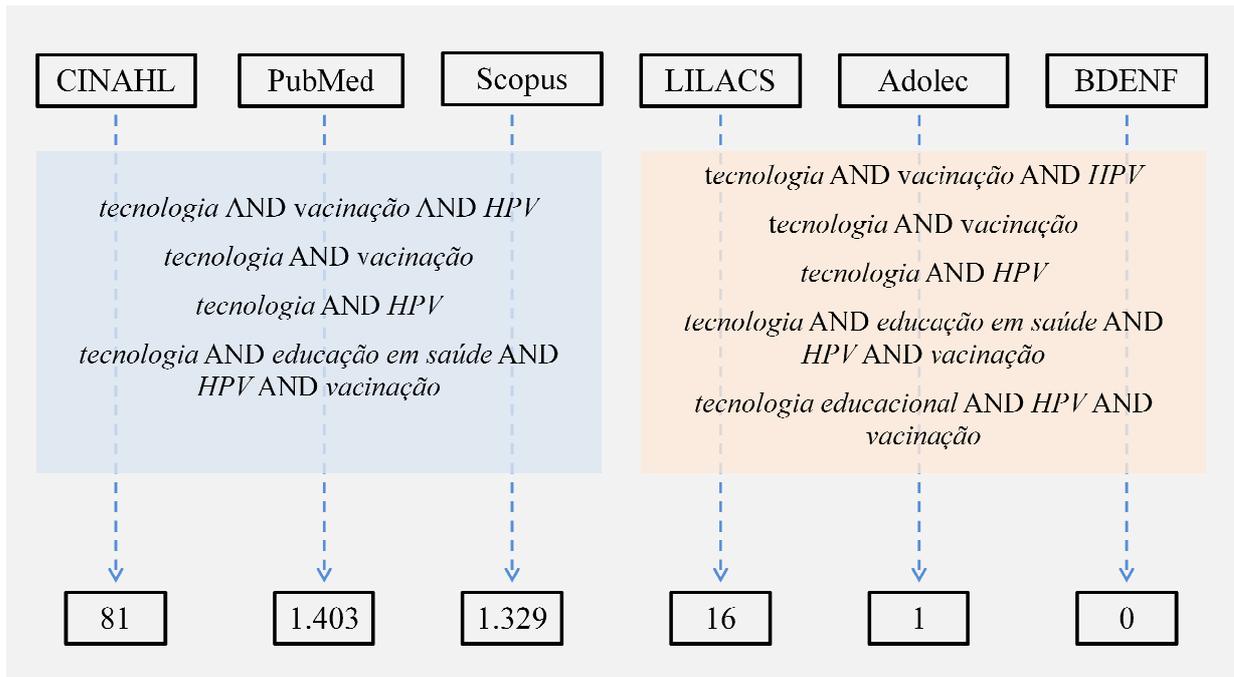
Para a definição dos descritores controlados a serem utilizados nos cruzamentos das buscas, realizou-se consultas na página de internet dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que permitiu identificar *tecnologia*, *vacinação*, *HPV*, *tecnologia educacional* e *educação em saúde* em português e, na página do *Medical Subject Headings* (MeSH) os respectivos correspondentes em inglês. O descritor *tecnologia educacional* foi encontrado apenas no DeCS.

Para tornar as buscas mais fidedignas possíveis, inicialmente, elas foram realizadas por pares, com a intenção de padronizar a sequência de descritores e de seus cruzamentos nas bases de dados e, em seguida, aconteceram separadamente. Os resultados foram comparados para identificar possíveis discordâncias e corrigir algum erro que viesse a existir nessa etapa, tornando os resultados confiáveis.

As seguintes combinações de descritores, utilizando-se o operador booleano AND, foram realizadas nas bases de dados pesquisadas: *tecnologia AND vacinação AND HPV*; *tecnologia AND vacinação*; *tecnologia AND HPV*; *tecnologia AND educação em saúde AND HPV AND vacinação*; e *tecnologia educacional AND HPV AND vacinação*. Esta última associação foi usada apenas nas bases de dados LILACS, BDENF e Adolec, em

decorrência do descritor *tecnologia educacional* constar apenas nos DeCs. Ao final, foram identificados um total de 2.830 publicações distribuídas nas bases de dados, conforme os cruzamentos realizados (Figura 1).

Figura 1 - Publicações identificadas a partir das buscas nas bases de dados pesquisadas para a revisão integrativa. Recife-PE, 2016.

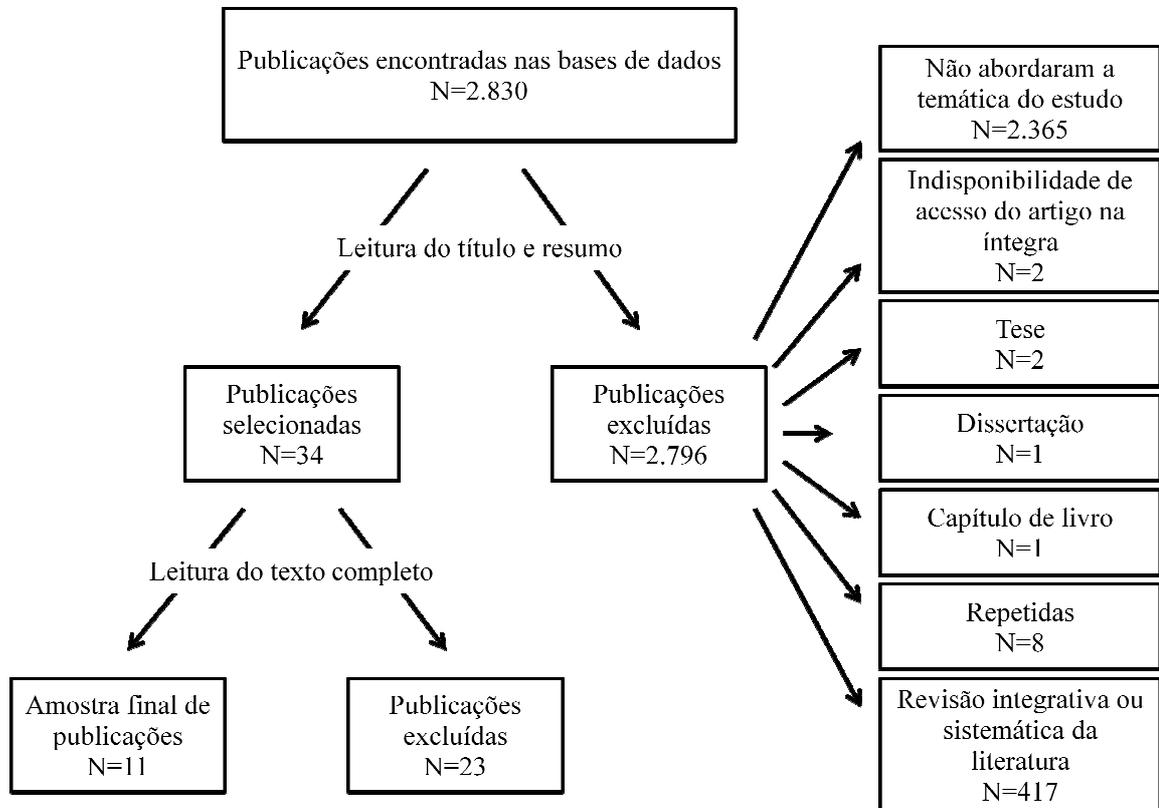


Fonte: O autor.

Na seleção dos estudos primários, executou-se leitura criteriosa do título e resumo de todas as publicações obtidas. Destas, excluíram-se 2.796 por não abordarem a temática do estudo; indisponibilidade de acesso; corresponderem a tese, dissertação e capítulo de livro; estarem repetidas e constituírem revisão integrativa ou sistemática da literatura.

Os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram catalogados uma única vez, levando-se em consideração a ordem de apresentação para selecioná-los. Fez-se a leitura do texto completo das 34 publicações restantes para verificar se atendiam à questão de pesquisa e aos critérios de inclusão, sendo excluídos 23 artigos. A amostra final da revisão integrativa foi constituída por 11 artigos originais, segundo o processo de seleção dos estudos (Figura 2).

Figura 2 - Processo de seleção das publicações sobre tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o HPV que compuseram a revisão integrativa. Recife-PE, 2016.



Fonte: O autor.

4.1.3 ETAPA 3: Extração de dados

Um formulário adaptado a partir de um instrumento submetido à validação aparente e de conteúdo (APÊNDICE A), no qual constam identificação do artigo original, instituição de desenvolvimento do estudo, tipo de revista científica e características metodológicas do estudo, foi preenchido para extração dos dados⁽⁹⁴⁾.

A classificação do nível de evidências dos estudos utilizou um sistema hierárquico que avalia pesquisas ou outras fontes de informações, enquadrando-as em seis níveis. O nível 1 corresponde a metanálise de múltiplos estudos controlados; o nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, série temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades

respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas⁽⁹⁵⁾.

4.1.4 ETAPA 4: Avaliação dos estudos primários

Um instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programm (CASP)*⁽⁹⁶⁾ - Programa para habilidades em avaliação crítica - foi aplicado para avaliar o rigor metodológico dos estudos selecionados (APÊNDICE B). A escolha desse instrumento justifica-se pelo fato de ele poder ser empregado na avaliação da qualidade de estudos quantitativos e qualitativos de forma objetiva, sistemática e de fácil entendimento.

O instrumento possui dez itens a serem avaliados, sendo atribuído um ponto a cada um deles. Os itens pontuam nos seguintes quesitos: objetivo do estudo, adequação do desenho metodológico à questão de estudo, justificativa dos procedimentos metodológicos, critérios de seleção da amostra, detalhamento da coleta de dados, relação entre pesquisador e pesquisados, consideração sobre aspectos éticos, rigor na análise dos dados, propriedade na apresentação e discussão dos resultados, e valor da pesquisa (contribuições, limitações e necessidade de realização de novos estudos)⁽⁹⁷⁾.

De acordo com a pontuação obtida na aplicação do instrumento, os estudos classificaram-se em duas categorias: Nível A (06 a 10 pontos) - estudos com boa qualidade metodológica e viés reduzido e, nível B (no mínimo 05 pontos) - estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado. Para o desenvolvimento dessa etapa, procedeu-se à leitura e releitura completa dos estudos. Independente da pontuação obtida, todos os estudos avaliados foram incluídos nesta revisão com a intenção de atender ao seu objetivo.

4.1.5 ETAPA 5: Análise e síntese dos resultados

Os artigos foram anexados aos dois instrumentos devidamente preenchidos. A digitação dos dados levantados ocorreu no software IBM® SPSS® Statistics, versão 18.0, originando um banco de dados, e em seguida processados. Posteriormente, apresentaram-se os resultados da análise, utilizando-se as frequências absolutas obtidas.

Com o intuito de permitir melhor compreensão e visualização das informações encontradas nos estudos, construiu-se um quadro-síntese contendo autores e base de dados da publicação; objetivo do estudo; método e nível de evidência identificados; tipo de tecnologia

educacional e resultados encontrados, agrupando-se, inicialmente, as tecnologias que foram apenas construídas e, em seguida, as tecnologias construídas e utilizadas.

4.1.6 ETAPA 6: Apresentação do trabalho final

Este estudo de revisão contribuiu para a realização da pesquisa desenvolvida na presente dissertação, justificando a necessidade de construção e validação de uma tecnologia educacional com ênfase para a vacina contra o HPV no Brasil. A revisão integrativa encontra-se em formato de artigo científico, aprovada para publicação em revista indexada na área de enfermagem, classificada em Qualis A2.

4.2 Artigo original

Este artigo procedeu do projeto de pesquisa intitulado "Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavirus humano*", sendo desenvolvido em etapas. A seguir, está descrito o percurso metodológico para a realização do estudo.

4.2.1 Tipo de estudo

O estudo desenvolvido caracteriza-se como metodológico, pois trata do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Muitos destes estudos são classificados como não experimentais e frequentemente focam na construção de novos instrumentos⁽⁹⁸⁾.

A validade de um instrumento diz respeito a sua capacidade para medir realmente o que se deseja mensurar, sem a presença de viés, que representa o erro sistemático que ocorre no desenho ou mesmo durante o estudo, podendo comprometer suas conclusões⁽⁹⁹⁾.

A validade de conteúdo indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o constructo específico e cobrir adequadamente seu domínio. Baseia-se em um julgamento por um grupo de especialistas independentes. A validade de aparência indica se um instrumento parece estar medindo o construto apropriado, principalmente entre os que irão utilizar o instrumento⁽⁹⁸⁾.

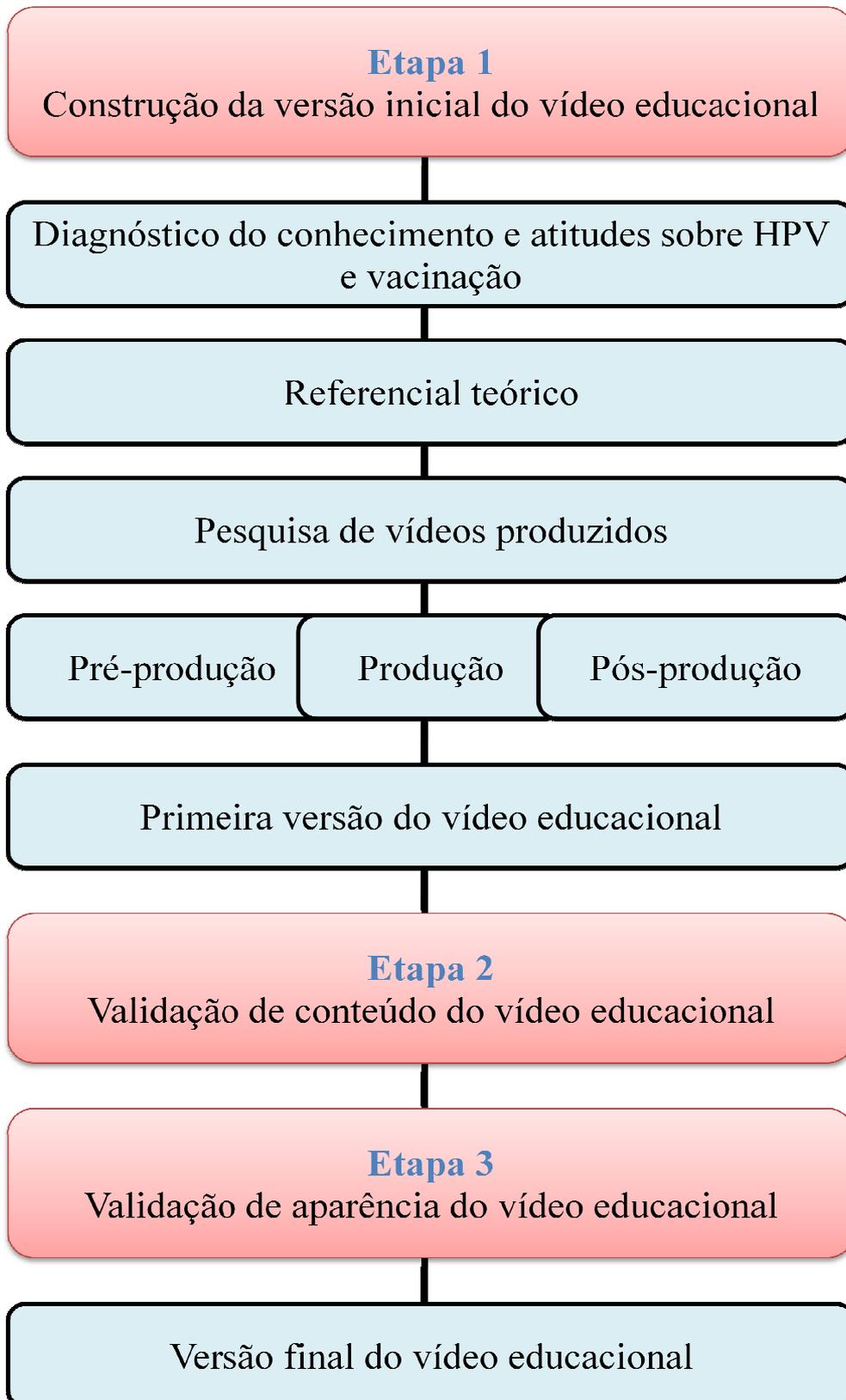
Portanto, como a meta desta pesquisa foi elaborar uma tecnologia educacional confiável, precisa e que possa ser empregada por outros pesquisadores, identifica-se que ela se enquadra nesta modalidade de estudo.

4.2.2 Etapas do estudo

Para melhor compreensão do estudo, optou-se por sua divisão em três etapas. Na primeira etapa, referente à construção da versão inicial do vídeo educacional, realizou-se o levantamento dos conteúdos para elaboração do material a partir da realização dos grupos focais para diagnóstico do conhecimento e atitudes sobre HPV e vacinação com a população, elaboração de referencial teórico sobre o assunto e pesquisa para levantamento de vídeos sobre a vacina do HPV existentes. Em seguida, alicerçado no conteúdo pesquisado, iniciou-se a construção do vídeo propriamente dito, conforme as recomendações de Kindem e

Musburger⁽⁸⁶⁾: estágios de pré-produção, produção e pós-produção. Assim, a primeira versão da tecnologia educacional foi originada. A segunda etapa diz respeito à validação de conteúdo, realizada com juízes especialistas. A terceira e última etapa, corresponde à validação de aparência, realizada com representantes da população de meninas, pais, professores e profissionais da área de vídeo. Após isso, foi lançada a versão final do vídeo educacional (Figura 3).

Figura 3 - Representação das etapas do estudo do artigo original "Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do *Papilomavírus humano*". Recife-PE, 2016.



Fonte: O autor.

4.2.2.1 Construção da versão inicial do vídeo educacional

A) Realização de grupos focais

O diagnóstico do conhecimento e atitudes de escolares, adolescentes, pais, professores, agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde de nível superior sobre HPV e vacinação, juntamente com a escolha do tipo de ferramenta educacional a ser construída, realizou-se por meio de seis grupos focais, contendo representantes das respectivas populações, no meses de junho e julho de 2015.

A escolha dessa técnica possibilitou aos participantes sugerirem o conteúdo a ser abordado na ferramenta e formas para sua utilização nas ações de educação em saúde. O grupo focal constitui uma entrevista grupal em que há interação entre os integrantes, originando a produção de dados que não seriam obtidos em entrevistas individuais⁽¹⁰⁰⁾. Nas discussões, o grupo opina, reflete, posiciona-se sobre um tema e constrói, reformula ou substitui conceitos⁽¹⁰¹⁾.

No período de planejamento para a execução dos grupos focais, houve a capacitação de duas estudantes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), durante reunião do grupo de pesquisa "Enfermagem na Saúde da Mulher no Contexto da Família" no Departamento de Enfermagem/UFPE. Nesse momento, foi feita explanação aprofundada sobre a técnica e simulação de um grupo focal sobre a vacina contra o HPV, que permitiu a observação das fragilidades encontradas e sugestões para a melhoria da atuação das pessoas envolvidas na coleta de dados.

Os grupos focais aconteceram, individualmente, em escolas públicas municipais e estaduais do ensino fundamental e serviços de saúde, pertencentes ao território de abrangência do Distrito Sanitário IV da cidade do Recife-PE. Nesse município, a cobertura vacinal contra o HPV obtida na administração da primeira e segunda doses do imunobiológico correspondeu a 67,79% e 37,12%, respectivamente, tomando como referência a população de meninas na faixa etária indicada para a vacinação em 2015⁽¹⁰²⁾.

O Recife é a capital do estado de Pernambuco, localizada no litoral do Nordeste do Brasil e situada na área central da Região Metropolitana do Recife. Ocupa posição de destaque no contexto regional e, atualmente, se consolida como o maior pólo de serviços modernos do Nordeste. Em 2010, possuía uma população de 1.537.704 habitantes, distribuídos em um território de 218,50 Km². O município está dividido em seis Regiões

Político-Administrativas (RPA 1 - Centro, RPA 2 - Norte, RPA 3 - Nordeste, RPA 4 - Oeste, RPA 5 - Sudoeste e RPA 6 - Sul). O Distrito Sanitário IV, que diz respeito aos recursos de saúde disponíveis para atender às necessidade de uma população com determinadas características epidemiológicas e sociais, atende à RPA 4 e é composto por 12 bairros: Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Zumbi, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea⁽¹⁰³⁾. A figura 4 destaca a localização do Distrito Sanitário IV dentro do município do Recife.

Figura 4 - Mapa das regiões político-administrativas do Recife, com destaque para a RPA4. Recife-PE, 2016.



Fonte: Google; 2015.

As escolas do ensino fundamental, regulamentado para nove anos, dão cobertura à faixa etária de seis a 14 anos de idade, dentro da qual se encontram as meninas na idade de aplicação da vacina⁽¹⁰⁴⁾. O Distrito Sanitário IV possui, atualmente, um quantitativo de 47 escolas públicas municipais e estaduais que oferecem a educação básica a estudantes do ensino fundamental. O local também conta com 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três centros de saúde e uma policlínica para atendimento de suas demandas de saúde, inclusive a imunização^(105,106).

Os grupos focais ocorreram em bibliotecas, salas de reunião e salas de aula, nas escolas, além de espaço para atividades educativas e auditório, nos serviços de saúde,

constituindo ambientes agradáveis, confortáveis, acolhedores e reservados. Cada grupo aconteceu em escolas e UBS determinadas por meio de sorteio, sendo as escolas sorteadas primeiro e a UBS após. Para os profissionais de saúde de nível superior, o grupo focal foi executado durante a reunião administrativa da microrregional 4.3 do Distrito Sanitário IV, por ser esta a que comporta mais unidades de saúde (nove UBS) e duas equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), não necessitando de sorteio. Foram determinadas escolas e serviços de saúde diferentes para que não houvesse influências nas respostas emitidas pelos participantes entre os seis grupos. Para isso, eles foram desenvolvidos em locais e horários distintos.

O quadro 1 apresenta os grupos focais e os respectivos locais onde foram desenvolvidos. O grupo de escolares teve o sorteio realizado apenas com escolas municipais, em decorrência das meninas de nove anos pertencerem, em sua maioria, a essas escolas. Para o grupo das adolescentes e professores, o sorteio ocorreu apenas com as escolas estaduais. O primeiro justifica-se por haver maior número de meninas de dez a 13 anos nas escolas estaduais e o segundo por se encontrarem, nessas escolas, um maior quantitativo de professores, visto que são distribuídos por disciplina e não por turma, como nas escolas municipais.

Quadro 1 - Distribuição dos grupos focais por local de realização. Recife-PE, 2016.

GRUPO FOCAL (GF)	LOCAL
Escolares (GF 1)	Escola Municipal Célia Arraes (Várzea)
Adolescentes (GF 2)	Escola Estadual Pintor Lauro Vilarés (Torrões)
Pais (GF 3)	Escola Municipal Arraial Novo do Bom Jesus (Torrões)
Professores (GF 4)	Escola Estadual Professor Leal de Barros (Engenho do Meio)
Agentes comunitários de saúde (GF 5)	UBS Sítio do Cardoso (Madalena)
Profissionais de saúde nível superior (GF 6)	Policlínica Lessa de Andrade (Madalena)

Anteriormente à realização destes grupos, um grupo focal piloto com escolares foi realizado na Escola Municipal Sítio do Berardo para analisar-se as impressões a respeito da operacionalização da técnica e percepção da temática pelos participantes, além de promover a

identificação de ajustes para o desenvolvimentos dos demais grupos. Os dados provenientes deste grupo não foram incluídos àqueles produzidos nos demais grupos focais. Sua execução permitiu verificar o passo a passo para o desenvolvimento dos outros grupos e a necessidade de adaptação das questões-chave, de acordo com o público que se iria abordar.

O número de participantes do grupo focal que a literatura recomenda apresenta uma variação de seis a 15, sendo encontrada uma média de 10 participantes. A condução de discussões em grupos focais numerosos torna-se difícil⁽¹⁰⁷⁾. Para os grupos focais descritos no quadro 1, os participantes que representaram meninas na faixa etária da vacinação foram seis escolares (G1) do sexo feminino, com idade igual a nove anos, e dez adolescentes (G2) do sexo feminino, com idades entre dez e 13 anos. Ambos os grupos foram compostos por estudantes pertencentes às séries do ensino fundamental compreendidas entre o quarto e o oitavo ano, mediante consentimento dos responsáveis, sendo considerado como critério de exclusão as estudantes encontrarem-se afastadas das atividades escolares por motivo de adoecimento ou suspensão.

No grupo representado pelos pais (G3), participaram nove mães, com 18 anos ou mais, cujas filhas encontravam-se matriculadas nas séries anteriormente citadas, sendo excluídas aquelas que possuíam alguma limitação cognitiva que as impediam de responder aos questionamentos, durante o grupo focal. Mesmo o convite tendo sido feito aos pais e às mães, houve apenas a presença de mães em decorrência da maior disponibilidade das mulheres para participar da atividade.

O grupo com docentes (G4) foi formado por dez professores que ensinavam do sexto ao oitavo ano em escola do Distrito Sanitário selecionado. Um dos grupos de profissionais da saúde foi composto por sete agentes comunitários de saúde (G5) e outro por 13 profissionais de nível superior (G6) que atuam nos serviços da mesma localidade.

A seleção desses atores foi feita por amostragem proposital ou intencional, que se baseia na crença de que o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser usado para recrutar os membros da amostra⁽⁹⁸⁾. Para isso, a mestrandia contou com o auxílio dos profissionais das escolas e equipes de saúde pertencentes ao Distrito Sanitário onde a pesquisa foi desenvolvida. O convite para a participação foi realizado por meio da divulgação da temática do estudo em sala de aula, em reuniões de pais e mestres e nas unidades de saúde, anteriormente ou no dia da coleta de dados.

Com relação à duração do grupo focal, verifica-se que a técnica pode ser desenvolvida em até uma hora e 30 minutos⁽¹⁰⁸⁾, porém não existe um consenso na literatura sobre o tempo mínimo e o máximo para sua execução. Neste estudo, os grupos focais duraram, em média, 37

minutos. O fato da vacina contra o HPV ser disponibilizada recentemente para a maioria da população, por meio da rede pública de saúde, pode ter influenciado nesse período, pois alguns participantes desconheciam ou possuíam pouco conhecimento sobre o assunto.

No primeiro contato entre os integrantes dos grupos focais, ocorreram as apresentações, mencionou-se os objetivos do estudo e fez-se o convite para a participação na pesquisa. Para permitir a identificação dos membros de cada grupo e facilitar a interação entre eles, foi entregue uma etiqueta para a escrita do primeiro nome, sendo esta colada na blusa/camisa. Uma breve explanação sobre materiais educacionais e ações educativas foi realizada nesse momento, com maior detalhamento nos grupos de escolares, adolescentes e pais, a fim de que houvesse a diferenciação durante as respostas aos questionamentos.

Os grupos foram iniciados após esclarecimentos e/ou leitura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pelas menores (APÊNDICE C) ou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos demais participantes (APÊNDICE D) ou responsáveis (APÊNDICE E) e a assinatura dos mesmos. Em seguida, foi aplicado um questionário sociodemográfico (APÊNDICES F e G) para caracterização dos envolvidos.

Um cartaz da campanha de vacinação contra o HPV do Ministério da Saúde para 2015⁽¹⁰⁹⁾ foi utilizado para introduzir a conversa com os participantes. Um roteiro com questões-chave, as perguntas norteadoras, sobre HPV, imunização contra o vírus e materiais educacionais para abordagem do assunto (APÊNDICE H) foi empregado pelo moderador na condução dos grupos⁽¹⁰¹⁾. As perguntas norteadoras, adaptadas de acordo com o público participante, foram as seguintes: o que vocês sabem sobre o HPV? O que vocês sabem sobre a vacina contra o HPV? De que maneira vocês poderiam incentivar as pessoas a tomarem a vacina contra o HPV? Qual a opinião de vocês sobre as ações educativas usadas para falar sobre essa vacina? Que tipo de material educacional vocês indicariam para ser utilizado nestas ações? Como vocês gostariam que a vacina contra o HPV fosse abordada no material educacional?

A metodologia da problematização, utilizada para promover a participação dos integrantes, objetivou dar origem aos discursos provenientes de cada questão-chave acerca da temática. Para promover a interação face a face, as cadeiras foram dispostas em formato de círculo. Essa metodologia parte da observação da realidade de maneira crítica para relacioná-la ao assunto em estudo, fazendo com que os indivíduos percebam, por si só, os aspectos mais interessantes e intrigantes existentes⁽¹¹⁰⁾. Esse momento foi importante também para identificar as impressões que os participantes possuem a respeito da vacinação contra o HPV,

visto que sua implementação no sistema público de saúde ocorreu recentemente e as opiniões geradas sobre a intervenção ainda não foram evidenciadas nacionalmente.

Para intermediar cada grupo focal, um moderador, representado pela mestrandia, conduziu a entrevista grupal sem interferir nas respostas dos participantes. Um assistente de coleta fez um resumo das informações verbais e registrou as comunicações não verbais (expressão facial, alteração na voz, silêncio, entre outras). O resumo das informações foi lido ao final de cada entrevista para que houvesse a validação⁽¹¹¹⁾.

As informações verbais foram coletadas por meio de dois gravadores digitais. Os participantes foram orientados a falar um de cada vez e a não conversarem durante a realização do grupo, sendo assegurada pelo moderador igual oportunidade de fala para que todos expressassem suas ideias, a fim de evitar que a discussão envolvesse apenas uma pessoa ou parte do grupo⁽¹¹²⁾.

Após o término dos grupos focais, os questionamentos levantados durante a coleta de dados foram respondidos pelo moderador para esclarecer os participantes sobre infecção pelo HPV, câncer de colo do útero e vacinação contra o HPV, além de desmistificar concepções equivocadas acerca destes aspectos.

Os discursos gerados foram transcritos para o programa Microsoft® Office Word 2007 e colocados em arquivos separados, conforme o grupo focal, a fim de originar um banco de dados. O material produzido foi submetido a leitura aprofundada e qualitativa com o objetivo de identificar o conhecimento e atitudes sobre HPV e vacinação, utilizados na confecção da tecnologia educacional. Também extraiu-se dos grupos focais o tipo de tecnologia para divulgar o conhecimento e atitudes sobre a vacina contra o HPV. Isso foi obtido por meio da frequência com que a ferramenta foi mencionada nos grupos, sendo o vídeo a mais citada em todos os grupos focais, exceto no grupo de escolares, em um total de 12 vezes.

B) Elaboração de referencial teórico sobre HPV e vacinação

Para contribuir com a construção do roteiro do vídeo educacional, juntamente com o diagnóstico do conhecimento e atitudes realizado por meio dos grupos focais, elaborou-se um referencial teórico sobre HPV e vacinação (APÊNDICE I), fundamentado em artigos científicos com literatura específica^(15,113,114); documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde⁽¹¹⁵⁾, Organização Pan-Americana de Saúde⁽¹¹⁶⁾, Ministério da Saúde^(59,63,117), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria⁽¹⁰⁾ e secretarias de saúde de

estados⁽¹¹⁸⁻¹²⁰⁾ e municípios⁽¹²¹⁾ do Brasil. As buscas para o levantamento das informações foram realizadas em ambiente virtual, como também em acervos bibliográficos disponíveis.

C) Estudo sobre vídeo educacional e levantamento das produções sobre a vacina contra o HPV

Ao ser definida a tecnologia educacional que seria construída, por meio dos grupos focais, foi feita uma busca *online* e na literatura sobre o conhecimento técnico e pedagógico referente ao vídeo educacional. Em seguida, realizou-se um levantamento dos vídeos produzidos que abordavam a temática da vacinação contra o HPV, nos acervos da Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde e secretarias de saúde dos 26 estados do Brasil e Distrito Federal. Essa busca teve o objetivo de auxiliar na confecção de um material que não fosse semelhante àqueles produzidos anteriormente, conferindo um diferencial ao vídeo educacional construído no estudo.

A seleção dos vídeos baseou-se em critérios para a análise de materiais audiovisuais educacionais, que auxiliam professores na escolha das ferramentas a serem utilizadas em suas aulas, aplicáveis também por outros profissionais. Os critérios corresponderam a cinco categorias, relacionadas a conteúdos; aspectos técnico-estéticos, como linguagens, roteiro, estrutura narrativa, formato e produção; proposta pedagógica; material de acompanhamento e público a que se destina. Na análise, nem todos os itens são necessários e fica também a critério do avaliador atribuir peso às categorias⁽⁸¹⁾.

Ao todo, foram selecionados 22 vídeos existentes que abordavam a temática da vacina contra o HPV. As produções da Fundação Oswaldo Cruz são elaboradas pela Videosaúde Distribuidora, que disponibiliza um catálogo dos materiais produzidos. Para localizar os vídeos de interesse, utilizou-se os termos vacina+HPV, identificando-se um único vídeo neste acervo.

Os vídeos produzidos pelo Ministério da Saúde encontravam-se disponíveis em canal próprio no *Youtube*, o TV Saúde. Foram usados os mesmos termos empregados na busca anterior, sendo encontrados 441 vídeos. Destes, 425 foram excluídos por se enquadrarem como vídeos jornalísticos, que abordavam outras vacinas ou que mostravam intervenções do Ministério da Saúde não relacionadas à vacinação contra o HPV, sendo que oito encontravam-se repetidos. Ao final, restaram 16 vídeos que atendiam aos critérios seguidos.

As buscas nas páginas das 26 secretarias de saúde dos estados do Brasil e do Distrito Federal foram feitas a partir dos termos vídeo+vacina+HPV. Foram identificados 14 vídeos,

porém, nove deles foram eliminadas pelos mesmos critérios adotados para as buscas anteriores. Assim, constaram cinco produções que se enquadraram nos critérios de inclusão, sendo uma do estado de Pernambuco, uma de Minas Gerais e três do Rio de Janeiro.

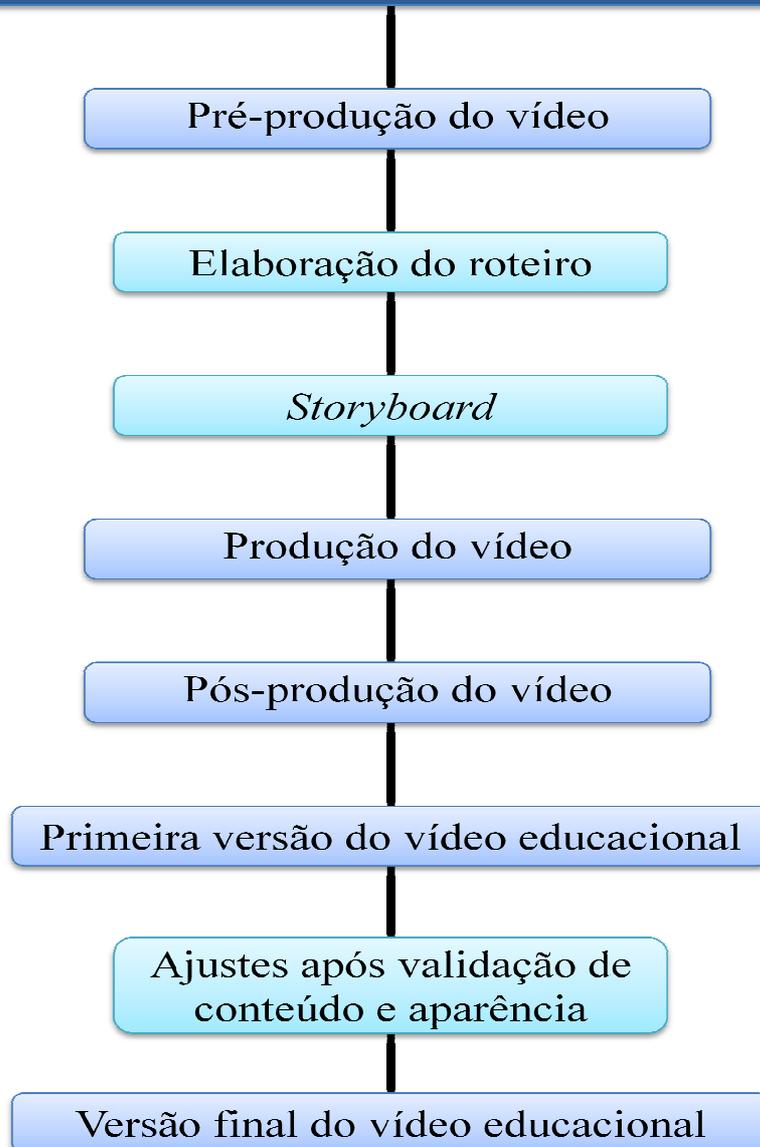
A análise destes vídeos possibilitou a construção de material diferenciado, com proposta inovadora, em linguagem compreensível ao público-alvo da vacinação e pais, baseado em situações do cotidiano.

D) Desenvolvimento do vídeo educacional

Para a construção propriamente dita do vídeo educacional, foram implementados três estágios consecutivos envolvidos no processo de produção de vídeos, que são pré-produção, produção e pós-produção⁽⁸⁶⁾, ilustrados na figura 5. O estágio de pré-produção englobou desde o surgimento da ideia, organização do roteiro até a elaboração do *storyboard* para a gravação. Em seguida veio a produção, com a gravação das imagens e áudio referente às falas das personagens. Por fim, na pós-produção, realizou-se a edição das imagens e sons gravados para a finalização da primeira versão do vídeo educacional, para a sua validação.

Figura 5 - Representação do processo de produção do vídeo educacional. Recife-PE, 2016.

Construção do vídeo educacional



Fonte: O autor.

Primeira fase: Pré-produção do vídeo educacional

Inicialmente, a ideia do que o vídeo educacional deveria conter foi pensada, contemplando: o que gravar, qual a finalidade, qual o público e como gravar⁽⁸⁵⁾. Após discussão sobre estas questões, partiu-se para a organização do esboço da estória que seria apresentada no material educacional, com a definição de cenários e personagens, fundamentada no levantamento do conteúdo a partir do diagnóstico do conhecimento e

atitudes, no referencial teórico sobre HPV e vacinação anteriormente construído e na busca dos vídeos sobre a vacina, originando a *Story line* e argumento⁽⁸⁶⁾. Em seguida, um profissional da área de computação gráfica foi consultado para orientar sobre os formatos de vídeo existentes e duração média para cada tipo de audiovisual, além dos recursos necessários para a produção.

Assim, seguiu-se com a escrita do roteiro inicial, de acordo com a recomendação de que ele deve conter seis elementos específicos, que são ideia, conflito, personagens, ação dramática, tempo dramático e unidade dramática⁽⁸⁸⁾. Cada um destes componentes foi descrito no corpo do roteiro. Na escrita das falas, optou-se pelo emprego de vocabulário comum e acessível ao público-alvo, seguimentos curtos, uso da voz ativa, exemplos para descrever determinados trechos e uso de humor em algumas situações, para melhor compreensão da mensagem. O material gerado foi apresentado a uma profissional da área de comunicação social, professora do Centro de Artes e Comunicação da Universidade Federal de Pernambuco, para emissão de sua opinião e contribuições na construção do roteiro, que levou a ajustes na forma como o conteúdo estava sendo transmitido e na sua correlação com o mundo real. Após, o roteiro ajustado foi apresentado a uma profissional da área pedagógica, professora do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco, que sugeriu alterações no conflito da narrativa, opinou na clareza e entendimento do discurso e identificou o material como objeto de aprendizagem. Com a implementação dessas modificações, chegou-se ao roteiro para a produção do vídeo educacional (APÊNDICE J).

A partir disso, formulou-se o *storyboard* (APÊNDICE K), que fornece uma visualização gráfica das imagens importantes que serão gravadas em sequência, como se fosse uma história em quadrinhos⁽⁸⁶⁾. Um profissional da área de design gráfico desenhou as imagens referentes aos cenários e personagens do vídeo educacional, utilizando o programa CorelDRAW®. A montagem do *storyboard*, realizada por um profissional da área de computação gráfica, necessitou do uso de algumas dessas imagens. O acesso das autoras do vídeo ao *storyboard* possibilitou a compreensão de como ficaria o vídeo educacional, anteriormente a sua produção.

Segunda fase: Produção do vídeo educacional

As imagens dos cenários e personagens produzidas foram utilizadas para a gravação do vídeo educacional no formato de animação em segunda dimensão (2D). Essa etapa foi desenvolvida por um profissional de computação gráfica com experiência na área de produção

de vídeos, por meio do programa *GoAnimate*®, que permitiu a movimentação corporal e das expressões faciais das personagens, conferindo dinâmica às cenas durante as gravações. O áudio das falas foi gravado em local reservado e com acústica adequada.

Terceira fase: Pós-produção do vídeo educacional

A fase de pós-produção, que compreendeu a edição das imagens gravadas e sobreposição do áudio das falas e fundo musical, foi realizada com o auxílio do programa *Final Cut Pro*®. Finalizada essa atividade, o vídeo educacional foi convertido para o formato MP4, a fim de ser encaminhado para a validação de conteúdo junto aos juízes especialistas e exibido aos participantes envolvidos na validação de aparência.

4.2.2.2 Validação de conteúdo

Com a conclusão da primeira versão do vídeo educacional, este foi submetido, em seguida, ao processo de validação de conteúdo, que ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2015. Tal processo compreende a análise teórica dos itens, que constituem a representação comportamental do traço latente, feita por juízes, e procura estabelecer a pertinência dos itens ao atributo que pretendem medir, representando a análise do conteúdo. Nela, os juízes devem ser peritos na área do construto, pois a atribuição destes é de ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço latente em questão⁽¹²²⁾. Neste estudo, a análise do conteúdo correspondeu à validação de conteúdo, que busca determinar se o conteúdo de uma ferramenta educacional explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado, a qual foi realizada por especialistas⁽¹²³⁾.

Para a validação de conteúdo do vídeo educacional, foram convidados profissionais experts na área de saúde da mulher e/ou adolescente, saúde pública, saúde coletiva e educação em saúde, que atuavam na docência ou assistência, com pelo menos cinco anos de atuação na especialidade. Para a seleção dos especialistas, foram adotados os critérios de inclusão baseados no sistema de classificação de experts adaptado do modelo de *Fehring*⁽¹²⁴⁾, que consistiu na identificação desses participantes por meio de pontuação em alguns quesitos, como formação acadêmica, atuação profissional e produção científica, conforme mostram os quadros 2 e 3. Foram considerados especialistas os profissionais que possuíam no mínimo cinco pontos. Para essa seleção também se adotou a amostragem proposital ou intencional⁽⁹⁸⁾, que ocorreu por meio de busca ativa de profissionais experts das áreas supracitadas, na

Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. O convite para a participação na pesquisa, explicitando os objetivos do estudo, ocorreu por meio de mensagem encaminhada por telefone ou correio eletrônico.

Quadro 2 - Critérios de inclusão para profissionais atuantes na docência. Recife-PE, 2016.

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
FORMAÇÃO ACADÊMICA	
Mestrado	Item obrigatório sem pontuação
Mestre com dissertação na área de saúde da mulher, saúde do adolescente ou educação em saúde	1
Doutorado	1
Doutorado com tese na área de saúde da mulher, saúde do adolescente ou educação em saúde	2
Especialização em saúde pública, saúde coletiva, saúde da mulher e/ou saúde do adolescente	1
ATUAÇÃO PROFISSIONAL	
ENSINO	
Ministra ou ministrou aula na disciplina de saúde da mulher para a graduação	2
Ministra ou ministrou aula em curso de especialização em saúde da mulher	2
PESQUISA	
Desenvolve pesquisa na área de saúde da mulher ou do adolescente nos últimos dois anos	2
EXTENSÃO	
Desenvolve projeto de extensão nos últimos dois anos	2
PRODUÇÃO CIENTÍFICA	
Produção de artigo científico resultante de pesquisa na área de saúde de mulher ou adolescente em periódicos com Qualis \geq B2 (nos últimos cinco anos)	2
PONTUAÇÃO MÁXIMA	14

Quadro 3 - Critérios de inclusão para profissionais atuantes na assistência. Recife-PE, 2016.

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
FORMAÇÃO ACADÊMICA	
Mestre com dissertação na área de saúde da mulher, saúde do adolescente ou educação em saúde	1
Doutorado com tese na área de saúde da mulher, saúde do adolescente ou educação em saúde	2
Especialização em saúde pública, saúde coletiva, saúde da mulher e/ou saúde do adolescente	1
ATUAÇÃO PROFISSIONAL	
Experiência profissional na ESF de no mínimo cinco anos	2
Experiência profissional com ênfase no trabalho com mulheres ou adolescentes (atividade grupal, visita	3

domiciliar, consulta de enfermagem) de no mínimo cinco anos	
Ministra ou ministrou cursos com ênfase na saúde da mulher ou do adolescente	1
CURSO DE ATUALIZAÇÃO	
Participou de cursos de atualização na área de saúde da mulher ou do adolescente	2
PRODUÇÃO CIENTÍFICA	
Produção de artigo científico resultante de pesquisa na área saúde da mulher ou adolescente em periódicos com Qualis \geq B3 (nos últimos cinco anos)	2
PONTUAÇÃO MÁXIMA	14

De acordo com a literatura, um número de seis juízes é suficiente para realizar a validação⁽¹²⁵⁾. Para este estudo, no entanto, adotou-se critérios estatísticos a fim de definir a amostra para validação de conteúdo do vídeo educacional. Com base nisso, utilizou-se a fórmula para cálculo de tamanho amostral baseado em proporção, obtendo-se amostra composta por 22 juízes⁽¹²⁶⁾. Para garantir que esse quantitativo de juízes fosse atingido, foram convidados a participar da pesquisa o dobro de especialistas, 44 juízes das áreas especificadas. O cálculo da amostra pode ser visualizado abaixo:

$$n = (Z\alpha)^2 \cdot P(1-P)/d^2 \rightarrow n = (1,96)^2 \cdot 0,85(1-0,85)/(0,15)^2 \rightarrow n = 22$$

Onde:

n: Número de especialistas, correspondente ao tamanho mínimo da amostra;

Z α : Nível de confiança desejado (95%=1,96, conforme t_{s%});

P: Proporção mínima de especialistas a considerar o instrumento/item como adequado (85%);

d: Grau de precisão da estimativa (15%).

Um instrumento de coleta de dados foi elaborado com o auxílio da ferramenta *Google Forms*® para a validação, visto que é de fácil preenchimento e facilita o envio/retorno do material necessário à pesquisa. Para a avaliação, foram enviados por e-mail, em um único formulário eletrônico: uma carta-convite (APÊNDICE L), no formato de imagem, que explicou a origem do material elaborado, objetivo do estudo e importância da validação para a obtenção de um vídeo educacional confiável, a ser utilizado junto à comunidade; TCLE (APÊNDICE M), também no formato de imagem; questionário para a caracterização profissional dos participantes (APÊNDICE N); uma cópia do vídeo educacional; e instrumento para validação de conteúdo (APÊNDICE O)⁽¹²⁷⁾.

O instrumento para julgamento do vídeo contido no formulário eletrônico foi construído com base em referencial teórico⁽⁸⁸⁾ e em estudos de validação de materiais

educacionais^(128,129). Foi composto por 25 itens, distribuídos nas seções: conceito de ideia, construção dramática, ritmo, personagens, potencial dramático, diálogos, estilo visual e público referente⁽⁸⁸⁾. Nele, os juízes avaliaram a concordância, por meio de respostas contendo sim ou não, e grau de relevância, com respostas do tipo *Likert*, distribuídas em quatro níveis: irrelevante, pouco relevante, realmente relevante, muito relevante, das quais seria permitida a escolha de apenas uma delas. Além disso, os participantes puderam expressar suas sugestões, em espaços reservados para essa finalidade, em cada item⁽¹²⁸⁾. Ao final, constavam três questões dissertativas que se referiam a erros ou ideias prejudiciais, falta de alguma informação e comentários⁽¹³⁰⁾.

Todas as informações referentes ao formulário foram descritas e as orientações necessárias ao preenchimento de cada campo foram especificadas. O envio do material foi realizado após o convite para participação no estudo, feito em contato prévio, sendo o período para emissão do parecer dos juízes não superior a 15 dias. Com a finalização dessa etapa, foram realizadas as mudanças necessárias no vídeo, a fim de submetê-lo à validação de aparência.

4.2.2.3 Validação de aparência

A etapa de validação também diz respeito à análise semântica, que corresponde à compreensão dos itens. Nessa análise, os juízes são sujeitos da própria população para a qual o construto é elaborado⁽¹²²⁾. Neste estudo, a análise semântica se refere à validação de aparência, que é uma técnica não subjetiva e considerada mais simples pelo fato de fornecer julgamento sobre a relevância e adequação dos itens⁽¹²³⁾.

A validação de aparência foi realizada em dezembro de 2015, nas escolas públicas municipais e estaduais do Distrito Sanitário IV que ofertavam ensino fundamental, escolhidas por meio de sorteio para fazer parte da pesquisa (Quadro 4). Em alguns casos, foi necessário selecionar mais de uma escola para atingir o quantitativo de participantes, estabelecido com base em estudo de validação para material educacional⁽¹²⁸⁾. Dessa forma, participaram dessa etapa dez meninas na faixa etária de 11 a 13 anos, dez mães e dez professores, ligados às escolas selecionadas. Os critérios de inclusão e exclusão desses participantes, na validação de aparência, foram os mesmos seguidos no grupo focal. Da mesma forma, apenas as mães tiveram disponibilidade para participar nesta etapa.

Quadro 4 - Escolas selecionadas para a validação de aparência do vídeo educacional. Recife-PE, 2016.

PARTICIPANTES	LOCAL
Escolares e adolescentes	Escola Estadual Professora Fontainha de Abreu (Torrões)
Mães	Escola Estadual Professora Fontainha de Abreu Escola Municipal João XXIII (Iputinga)
Professores	Escola Estadual Professor Cândido Duarte (Várzea) Escola Estadual Fernandes Vieira (Iputinga)

Dez profissionais da área de audiovisual, pertencentes a Recife e cidades vizinhas, também fizeram parte da validação de aparência⁽¹²⁸⁾. Para participar do estudo, era necessário ter experiência na produção e publicação de vídeos⁽¹³¹⁾. Na seleção desses participantes, adotou-se o modelo de amostragem em rede, também chamado de amostragem bola-de-neve ou em cadeia, que consiste na indicação pelos primeiros membros da amostra de outras pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade⁽⁹⁸⁾.

Inicialmente, as escolas contempladas foram comunicadas sobre a realização do estudo, enfatizando-se o seu objetivo e discriminando-se como seria realizada a coleta de dados. O convite para a participação na pesquisa foi feito diretamente pela mestrandia às pessoas que se enquadrassem nos critérios estabelecidos, com a ajuda de profissionais das instituições de ensino. Para aquelas que concordaram em participar, foram entregues o TALE (APÊNDICE P) ou TCLE para os participantes ou responsáveis em duas vias (APÊNDICES Q, R e S); questionário para caracterização sociodemográfica dos participantes (APÊNDICES F e G); e instrumento para validação de aparência (APÊNDICE T), que contemplou respostas relacionadas à compreensão de cada item⁽¹³²⁾. Este último foi pautado em outros instrumentos que avaliaram materiais educacionais^(128,129), sendo formado por oito itens que verificaram a concordância e o grau de relevância, além dos respectivos campos para comentários e sugestões.

A coleta de dados foi realizada individualmente ou em pequenos grupos da mesma faixa etária, para não haver influência nas respostas entre os participantes: adolescentes, mães e professores. Em ambientes reservados, foi concedido o tempo necessário para a assinatura dos termos de assentimento ou consentimento. Em seguida, o vídeo educacional foi exibido e os instrumentos foram respondidos, dentro do tempo demandado pelos participantes. Para

aqueles que tiveram dificuldades no entendimento, a mestranda realizou a leitura dos documentos e registrou as respostas fornecidas. Com o término da avaliação, os materiais impressos foram resgatados para posterior análise.

Para os profissionais da área de produção de vídeos, primeiramente, foi realizado o convite por telefone, e-mail, redes sociais ou pessoalmente. Explicitou-se os objetivos do estudo e as etapas de construção e validação do material educacional. Um formulário eletrônico com os documentos semelhantes aqueles utilizados nas escolas, necessários à validação, foi criado no *Google Forms*® para envio por meio de correio eletrônico. Nele estava incluída uma cópia do vídeo educacional para visualização. A aceitação para participação na pesquisa ocorreu por meio da marcação de campo obrigatório, para formalizar o consentimento. Foi solicitado que o retorno do formulário preenchido ocorresse no menor espaço de tempo possível.

A análise das respostas oriundas da validação de aparência possibilitou implementar as correções e sugestões emitidas pelos participantes para apresentação da versão final do vídeo educacional.

4.2.3 Organização e análise dos dados

Os dados oriundos das respostas dos juízes especialistas e das meninas, dos pais, dos professores e dos profissionais da área da tecnologia educacional foram organizados e processados no software IBM® SPSS® Statistics, versão 20.0, e apresentados em tabelas contendo frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, bem como teste binomial para cada item do instrumento, que verificou a proporção de concordância entre os juízes para a pertinência do material educacional. Foram estabelecidos um índice de concordância igual ou superior a 85% ($P \geq 0,85$) e um nível de significância (α) de 5%⁽¹²⁸⁾.

A análise da concordância em relação ao grau de relevância entre os juízes, no que se refere aos aspectos contemplados pelos itens, foi feita com o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index* - CVI), que quantifica a extensão de concordância. Para calcular o CVI, são propostas três equações matemáticas: I-CVI (*Item-Level Content Validity Index*), definido pela proporção de juízes que avaliam um item como de relevância 3 ou 4, a qual significa realmente relevante ou muito relevante; S-CVI/AVE (*Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method*), que corresponde à proporção dos itens da escala avaliados como de relevância 3 ou 4, entendida como realmente relevante ou muito relevante por cada juiz; e S-CVI (*Scale-Level Content Validity Index*), que é a média da

proporção dos itens avaliados como de relevância 3 ou 4, mencionada como realmente relevante ou muito relevante por todos os juízes⁽¹³³⁾. No que diz respeito à análise da compreensão sobre o material educacional pelos demais participantes, também foi realizado o cálculo do CVI para cada item do instrumento.

Um CVI de 0,90 é padrão para estabelecer excelência da validade de conteúdo de um instrumento⁽⁹⁸⁾, sendo que um índice igual ou superior a 0,80 é considerado como sendo desejável na validação do conteúdo⁽¹³³⁾. Os itens que apresentaram um I- CVI menor que 0,80 foram revistos, com a intenção de aprimorar o vídeo educacional. Juntamente à análise estatística, foi considerado pertinente avaliar as sugestões colocadas pelos especialistas e pelos demais participantes que avaliaram o material.

4.2.4 Aspectos éticos e legais do estudo

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. As anuências para a realização do estudo foram emitidas, com a apresentação do projeto de pesquisa, pelo Distrito Sanitário IV da cidade do Recife, Secretarias Municipal e Estadual de Educação. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. A coleta de dados somente teve início após a aprovação da pesquisa pelo CEP.

Todos os participantes foram informados sobre importância, objetivos e método do estudo. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TALE ou TCLE, sendo-lhes garantido o anonimato e a liberdade de continuar ou não participando do estudo. Para o processo de consentimento dos juízes e profissionais da área de vídeo, como o envio dos documentos ocorreu por meio do formulário eletrônico, foram dispensadas as assinaturas das testemunhas e a assinatura dos participantes para fins de comprovação. Quem concordou em fazer parte do estudo marcou um item obrigatório no formulário, referente ao seu consentimento de participação como voluntário na pesquisa, logo após a apresentação do TCLE, para prosseguir com as respostas nos instrumentos.

Após a coleta de dados, a mestrandia esteve disponível para maiores esclarecimentos a respeito da pesquisa e da temática em questão, fornecendo informações a partir das dúvidas dos participantes do grupo focal e também das escolares, adolescentes, pais e professores que realizaram a validação de aparência da tecnologia educacional.

Os documentos referentes à pesquisa estão sob a responsabilidade da professora orientadora e serão acondicionados nas dependências do Departamento de Enfermagem/CCS/UFPE por um período de cinco anos. Logo após, serão destruídos.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo de Revisão Integrativa

Tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o *Papilomavírus Humano*: revisão integrativa da literatura

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense¹, Cleide Maria Pontes²

Resumo

Objetivou-se investigar as tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas para promoção da vacinação contra o HPV. Trata-se de revisão integrativa da literatura, nas bases de dados CINAHL, PubMed, Scopus, LILACS, BDENF e Adolec, que utilizou os descritores tecnologia, vacinação, HPV, tecnologia educacional e educação em saúde. A amostra final foi de 11 artigos originais publicados em língua inglesa. Destes, seis foram encontrados na PubMed; quatro eram de 2011 e oito foram desenvolvidos nos Estados Unidos. Em mais da metade (6), o nível de evidência foi quatro e, de acordo com o rigor metodológico, quase todas (10) apresentaram nível A. O vídeo foi a tecnologia educacional mais citada (5), além de mensagens de dispositivos eletrônicos, páginas da internet, programa de computador, radionovela e materiais impressos. Os diferentes materiais com enfoque para vacinação contra o HPV consistem em ferramentas criativas, confiáveis e de utilidade para educação em saúde.

Descritores: Tecnologia. Educação em saúde. Vacinação. HPV. Adesão.

Abstract

This study aimed to investigate the educational technologies built and/or used for promotion of HPV vaccination. It is an integrative literature review in CINAHL, PubMed, Scopus, LILACS, BDENF and Adolec databases, that used the descriptors technology, vaccination, HPV, educational technology and health education. The final sample was 11 original articles published in English. Of these, six were found in Pubmed; four were 2011 and eight were developed in the United States. In more than half (6), the level of evidence was four and, according with methodological rigor, almost all (10) had level A. The video was the most cited educational technology (5), besides electronic devices messages, web pages, computer program, radio serial and print materials. Different materials with focus on HPV vaccination consist in creative, reliable and useful tools for health education.

Descriptors: Technology. Health education. Vaccination. HPV. Adherence.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo investigar las tecnologías educativas construidas y/o utilizados para la promoción de la vacunación contra el VPH. Se trata de una revisión integradora de la literatura, en las bases de datos CINAHL, PubMed, Scopus, LILACS, BDENF y Adolec, que utilizaron los descriptores de la tecnología, la vacunación, el VPH, la tecnología educativa y la educación sanitaria. La muestra final de 11 artículos originales publicados en Inglés. De estas sales se encontraron en PubMed; cuatro eran 2011 y ocho

^{1,2} Universidade Federal de Pernambuco

fueron desarrollados en los Estados Unidos. En más de la mitad (6), el nivel de evidencia era cuatro y, de acuerdo con el rigor metodológico, casi todos (10) tenían nivel A. El video era la tecnología más citada de la educación (5), y los dispositivos electrónicos de mensajes, páginas web, programa de ordenador, la telenovela y materiales de impresión. Diferentes materiales con un enfoque en la vacunación contra el HPV consisten en herramientas creativas, fiables y útiles para la educación sanitaria.

Descriptor: Tecnología. Educación para la salud. Vacunación. VPH. Adherencia.

Introdução

O *Papilomavírus Humano* (HPV) constitui um grupo de mais de 100 vírus, sendo os sorotipos 16 e 18 classificados como HPV de alto risco para o desenvolvimento do câncer de colo do útero e outros deles responsáveis pelo aparecimento dos cânceres de vagina, vulva, pênis e ânus.^{1,2} Para tentar reduzir a incidência e mortalidade por essas neoplasias, foram criadas as vacinas profiláticas contra o HPV, que trouxeram a possibilidade de ações em nível primário, limitando a infecção pelo vírus.³

A implementação dessa vacina envolve a necessidade de realizar atividades educativas à população sobre o vírus, sua relação com o câncer e formas de prevenção, que promovam a conscientização e aceitabilidade, redução do estigma e ganho de confiabilidade para vacinar as meninas na faixa etária indicada antes da iniciação sexual.⁴

As ações de educação em saúde devem estimular as discussões nesse grupo e envolver a participação dos pais. Podem ser processadas por meio de orientações interpessoais, com a interação entre os participantes. Recomenda-se que sejam pensadas considerando o contexto onde seus integrantes estão inseridos.⁵

As tecnologias, recursos facilitadores utilizados nas ações educativas, podem contribuir para produção de conhecimentos. Visam a adoção de comportamentos para o alcance da saúde, em que são acrescentados conhecimentos, atitudes e habilidades para os cuidados no processo saúde-doença, nos agravos com mudanças permanentes ou temporárias e na percepção de risco e/ou vulnerabilidade entre os grupos que demandam maior atenção. A elaboração desses materiais deve respeitar as peculiaridades do público-alvo.⁶

O conhecimento gerado com o apoio destas tecnologias é enriquecido pela ação do homem. Elas não correspondem apenas à construção e ao uso de artefatos ou equipamentos, pois não se limitam à utilização de meios, mas colaboram para a aprendizagem. Devem estar voltadas para organização lógica das atividades e tornam possíveis o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvidos em todo e qualquer processo educacional.⁷

Essas ferramentas são componentes importantes a serem utilizadas em práticas educativas de imunização, empregadas nas intervenções de saúde desenvolvidas. Diferentes abordagens podem ser aplicadas para difundir o conhecimento sobre a vacina contra o HPV com o público-alvo e pais. A distribuição de material educacional, apresentação do imunobiológico por profissionais e reprodução de vídeos em sala de espera podem ser utilizados para esse fim. Os investimentos na melhoria do conhecimento podem, inclusive, contribuir para otimização dos atendimentos nos serviços de saúde.⁸

Além disso, a disseminação do conhecimento sobre HPV e vacinação no ambiente escolar faz parte do desenvolvimento de programas de promoção e educação em saúde, pois esse é um espaço de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento, em que se adquirem valores fundamentais, que exerce influência sobre os alunos nas etapas formativas e mais importantes de suas vidas.⁹ Por ser, atualmente, um dos principais equipamentos sociais a escola é desafiada a articular o conteúdo trabalhado em sala de aula à realidade social dos jovens.

A identificação das tecnologias educacionais sobre o HPV que contribuem na captação para vacinação, desenvolvidas e utilizadas pelas equipes de saúde e de outras áreas para ações com jovens e familiares, pode direcionar o processo de trabalho dos profissionais, inclusive do enfermeiro, que exerce o papel de educador junto à comunidade, pois reúne subsídios para o planejamento de intervenções. Esse levantamento busca também divulgar o conhecimento produzido sobre o assunto, de maneira a colaborar com a adesão da população-alvo à imunização contra o vírus.

Somado a isso, o estudo pretendeu ampliar o acervo de referências que contribuem para prática da assistência à saúde da mulher baseada em evidências. Logo, objetivou-se investigar as tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas para promoção da vacinação contra o HPV.

Método

Para atingir o objetivo proposto, utilizou-se a revisão integrativa como método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis acerca da temática investigada, trazendo no resultado final o estado atual desse tema, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde, a redução de custos e a identificação de lacunas a serem preenchidas por estudos futuros.¹⁰

Para a elaboração do estudo foram operacionalizadas as seguintes etapas: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) amostragem ou busca na literatura dos estudos primários; 3) extração de dados; 4) avaliação dos estudos primários; 5) análise e síntese dos resultados; 6) apresentação do trabalho final.¹¹ A questão de pesquisa estabelecida foi: quais as tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas pelos profissionais da saúde para promoção da vacinação contra o HPV?

Os critérios de inclusão dos estudos primários foram: a publicação responder a questão de pesquisa; ser artigo original; estar publicado nos idiomas português, inglês e espanhol no período compreendido entre 2006 e 2014, visto que a primeira vacina contra o HPV (Gardasil®) foi aprovada em 2006.¹² Os critérios de exclusão foram: trabalhos no formato de tese, dissertação, livro ou capítulo de livro, editorial, matéria de jornal, revisão integrativa ou sistemática da literatura, carta ao editor, estudo reflexivo e relato de experiência; e estudos que não respondessem ao objetivo da revisão.

Quanto ao nível de evidências, os estudos foram classificados de acordo com o sistema hierárquico que enquadra as pesquisas em seis níveis: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, série temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.¹³

O levantamento bibliográfico ocorreu de 01 de julho a 31 de dezembro de 2014, com a busca de artigos indexados nas bases de dados *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Pubmed, Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Adolec. Foram realizadas consultas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH) para identificação dos seguintes descritores em português e seus respectivos correspondentes em inglês: *tecnologia, vacinação, HPV, tecnologia educacional e educação em saúde*. O descritor *tecnologia educacional* foi encontrado apenas no DeCS.

Inicialmente, a busca foi feita por pares, com a intenção de padronizar a sequência de descritores e de seus cruzamentos nas bases de dados. Em seguida, aconteceram

separadamente. Os resultados foram comparados para identificar possíveis discordâncias e corrigir algum erro que viesse a existir nessa etapa.

Na etapa de seleção dos estudos primários, foi realizada leitura criteriosa do título e resumo das 2.830 publicações identificadas (Tabela 1), sendo excluídas 2.796, em virtude de não abordarem a temática do estudo (2.365); indisponibilidade de acesso por rede privada virtual ou por comutação bibliográfica (2); corresponderem a tese (2), dissertação (1) e capítulo de livro (1); estarem repetidas (8) e constituírem revisão integrativa ou sistemática da literatura (417). Os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram catalogados uma única vez. As 34 publicações restantes tiveram a leitura completa do texto para verificar se atendiam aos critérios de inclusão. Após, foram excluídos 23 artigos. A amostra final foi constituída por 11 artigos originais (Tabela 2).

Tabela 1 - Publicações dos anos de 2006 a 2014 sobre tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o HPV. Recife-PE, 2016.

CRUZAMENTOS	BASES DE DADOS					
	CINAHL	Pubmed	Scopus	LILACS	BDENF	Adolec
<i>Tecnologia AND Vacinação AND HPV</i>	11	68	68	1	0	0
<i>Tecnologia AND Vacinação</i>	40	889	921	9	0	0
<i>Tecnologia AND HPV</i>	30	439	335	6	0	1
<i>Tecnologia AND Educação em saúde AND HPV AND Vacinação</i>	0	7	5	0	0	0
<i>Tecnologia educacional AND HPV AND Vacinação</i>	-	-	-	0	0	0
TOTAL	81	1.403	1.329	16	0	1

Tabela 2 - Publicações selecionadas sobre tecnologias educacionais para promoção da vacinação contra o HPV. Recife-PE, 2016.

BASES DE DADOS	PUBLICAÇÕES ENCONTRADAS	SELEÇÃO A PARTIR DA LEITURA DO TÍTULO E RESUMO	AMOSTRA FINAL APÓS LEITURA DO TEXTO COMPLETO
CINAHL	81	3	2
Pubmed	1.403	17	6
Scopus	1.329	14	3
LILACS	16	0	0
Adolec	1	0	0
TOTAL	2.830	34	11

Para extração dos dados, foi realizado preenchimento de um formulário validado adaptado que contempla a identificação do artigo original, instituição onde o estudo foi desenvolvido, tipo de revista científica e características metodológicas do estudo.¹⁴ Para avaliar o rigor metodológico dos estudos selecionados, utilizou-se um instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programm (CASP)*.¹⁵ Os estudos foram classificados em duas categorias, conforme pontuação obtida na aplicação do instrumento: A (06 a 10 pontos) - estudos com boa qualidade metodológica e viés reduzido e, B (no mínimo 05 pontos) - estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado. Para isso, procedeu-se à leitura e releitura completa dos estudos. Com o intuito de permitir melhor compreensão e visualização das informações obtidas, construíram-se quadros referentes aos resultados da busca.

Os artigos foram anexados aos instrumentos devidamente preenchidos para criação de um banco de dados. O software IBM® SPSS® Statistics, versão 18.0, foi utilizado para o processamento dos dados levantados com o instrumento e a posterior apresentação e análise dos mesmos foi feita a partir das frequências absolutas obtidas.

Resultados

Constatou-se que mais da metade (6) dos trabalhos encontrava-se na base de dados PubMed, seguida da Scopus (3), como é visualizado no quadro 1. O ano de 2011 apresentou maior número de artigos (4) e os Estados Unidos foram o país que mais desenvolveu pesquisas relacionadas à temática em estudo (8). O idioma que prevaleceu foi o inglês (11).

Os periódicos em que os manuscritos foram publicados eram, em maioria, de outras áreas (7), que não a médica ou de enfermagem. Houve três publicações exclusivas da área médica e apenas uma da área de enfermagem. Alguns trabalhos traziam mais de uma tecnologia educacional construída e/ou utilizada. Dentre todas as encontradas, o vídeo foi a mais citada (5) para promover o conhecimento sobre o HPV e, de certa forma, contribuir para melhor adesão à vacinação contra o vírus no público-alvo, seguindo-se de mensagem por dispositivo eletrônico (3), radionovela (2) e páginas da web (2), entre outros (Quadro 1).

Sobre a classificação das evidências encontradas, predominou o nível de evidência 4 (6), seguido de quatro trabalhos com nível 2 e apenas um com nível 3. Com relação à avaliação do rigor metodológico, foi visto que dez dos estudos apresentaram nível A e somente um teve nível B.

Quadro 1 - Síntese dos estudos que apresentaram tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas sobre HPV e vacinação. Recife-PE, 2016.

AUTORES/ BASE DE DADOS	OBJETIVO	MÉTODO/NÍVEL DE EVIDÊNCIA	TECNOLOGIA EDUCACIONAL	RESULTADOS
TECNOLOGIAS CONSTRUIDAS				
Vallery <i>et al.</i> ¹⁶ <i>Pubmed</i>	Desenvolver e avaliar um curta-metragem para adolescentes de 11-12 anos sobre o HPV e câncer cervical antes da vacinação e que fosse aprovado por adultos.	Estudo metodológico, em que estudantes e pais auxiliaram na construção do filme, sete grupos focais compostos por estudantes, enfermeiros e pais realizaram a avaliação e, após consentimento, os adolescentes assistiram ao filme e responderam a um questionário na sequência. Nível de evidência=4.	Vídeo	Elaboração do filme "HPV, what's that, Miss?". A avaliação mostrou alguns tabus sobre sexualidade, por parte dos pais, e intenção de tomar a vacina, por parte dos estudantes, nos temas levantados. Após os pais autorizarem, 814 alunos do sétimo ano assistiram ao filme. A proporção de respostas corretas variou de 62,4% a 97,2%.
Thomas <i>et al.</i> ¹⁷ <i>CINAHL</i>	Determinar se mensagens para vacinação do HPV poderiam ser transmitidas com sucesso pela tecnologia wireless usando a cultura Hip Hop.	Estudo metodológico, em que mensagens foram desenvolvidas com base em uma revisão da literatura e um <i>feedback</i> informal de jovens afro-descendentes. Nível de evidência=4.	Mensagem musical e de texto	Criaram-se mensagens de texto com arquivo de música Hip Hop, que foram facilmente enviadas e tiveram aceitação espontânea. As mensagens poderão servir para campanhas de promoção da saúde e será utilizada em um estudo de intervenção.
Smalley <i>et al.</i> ¹⁸ <i>Scopus</i>	Desenvolver ferramentas de apoio à decisão, por meio de programadores de imunização, para a faixa etária de 7 a 18 anos, nos Estados Unidos, e crianças e adolescentes até 19 anos, no Canadá.	Estudo metodológico, em que cada ferramenta de apoio desenvolvida utilizava um algoritmo de programação dinâmica para construir calendários de imunização recomendados de uma forma otimizada, acelerando os agendamentos e eliminando erros. Nível de evidência=4.	Programa de computador	A ferramenta construída possui três componentes: uma interface do usuário, uma biblioteca de vacinas e um programador. Ao lançar a idade e a história vacinal na interface do usuário, um arquivo intermediário num formato específico é criado. O programador então acessa esse arquivo e a biblioteca e usa o algoritmo de programação dinâmica para criar recomendações individuais de imunização.
Kepka <i>et al.</i> ¹⁹ <i>Pubmed</i>	Desenvolver uma radionovela para promover a conscientização e o conhecimento sobre a vacina do HPV entre pais latinos.	Estudo metodológico, em que 36 pais de meninas de nove a 14 anos participaram de entrevistas individuais, que originaram temas para a criação de fotonovelas. Por meio de três grupos focais, 33 pais visualizaram as fotonovelas e opinaram sobre aquelas mais relevantes para a construção da radionovela. Nível de evidência=4.	Fotonovela e radionovela	As entrevistas geraram quatro temas que serviram para a construção de fotonovelas, em panfletos que mostravam imagens e diálogos curtos. Nos grupos focais, aquelas mais familiares foram utilizadas para produzir a radionovela. O último grupo focal ouviu o material, informando que gostou da duração e do conteúdo e achou uma boa estratégia de educação em saúde.
TECNOLOGIAS CONSTRUIDAS E UTILIZADAS				
Tozzi <i>et al.</i> ²⁰ <i>CINAHL</i>	Comparar a qualidade de uma amostra de páginas da internet em italiano com uma amostra de páginas em inglês.	Estudo quantitativo, não experimental, em que cinco avaliadores analisaram páginas da internet nos idiomas italiano e inglês. Os domínios de acessibilidade, credibilidade, conteúdo e design foram investigados. Os escores obtidos foram comparados. Nível de evidência=4.	Páginas da web	Encontraram-se 74 páginas em italiano e 117 em inglês, estas com escores mais altos nos domínios de acessibilidade ($p<0,01$), credibilidade ($p<0,01$) e conteúdo ($p<0,01$). Páginas de agências governamentais ou universidades tiveram maiores escores de credibilidade, conteúdo e design. Um total de 16,2% das páginas em italiano foram opostas à imunização contra o HPV, comparado a 6% daquelas em inglês ($p<0,5$).
Chapman <i>et al.</i> ²¹ <i>Pubmed</i>	Determinar, em um estudo piloto, se o uso de uma ferramenta educacional baseada em vídeo pode influenciar na aceitação da	Estudo quantitativo, quase-experimental, em que 186 mães responderam a um questionário de conhecimentos e crenças a respeito do HPV, dados sociodemográficos e aceitação da vacina, assistiram a um vídeo de oito minutos e	Vídeo	A aceitação da vacina aumentou de 66,7% para 78% depois da apresentação do vídeo ($p=0,0014$). Após, 94,1% (175) aprovaram a vacinação com nove anos de idade ($p<0,0001$). A percepção de que a vacina promove o sexo e se os participantes conversam com as filhas ou não sobre sexo não afetou a aceitabilidade do

	vacina do HPV.	responderam a um questionário pós-vídeo. Nível de evidência=3.		imunobiológico.
Kepka <i>et al.</i> ²² <i>Pubmed</i>	Avaliar a eficácia de uma radionovela em espanhol como uma ferramenta educacional.	Estudo quantitativo, experimental, em que 88 pais de meninas de nove a 17 anos realizaram um pré-teste. Destes, 46 ouviram a radionovela (grupo intervenção) e 42 ouviram uma mensagem de prevenção para o câncer de próstata (grupo controle). Após, eles responderam a um pós-teste. Nível de evidência=2.	Radionovela	Sobre os conhecimentos e crenças do HPV, houve aumento nas respostas de sete itens, do pré para o pós-teste, no grupo intervenção. Comparando-se os dois grupos, foi verificado aumento significativo de acertos no grupo intervenção em cinco itens. Analisando as crenças e tomada de decisão, houve aumento em dois de 10 itens no grupo intervenção.
Kharbanda <i>et al.</i> ²³ <i>Scopus</i>	Implementar e avaliar um serviço de mensagem de texto para lembrar aos pais quando as filhas estavam aptas para a próxima dose da vacina do HPV.	Estudo quantitativo, experimental, em que mensagens de texto foram desenvolvidas. Realizou-se análise comparativa entre o grupo com 124 adolescentes cujos pais receberam as mensagens de texto (grupo intervenção) e os grupos controles 1 e 2 (308 adolescentes que não receberam as mensagens e 1.080 com duas doses da vacina antes da pesquisa, respectivamente). Nível de evidência=2.	Mensagem de texto	As adolescentes, cujos pais estavam inscritos para receber as mensagens de texto, apresentaram resultados significativamente maiores com relação as do grupo controle 1 em até um mês do período adequado para administração da dose (51,5% versus 35%), da mesma forma que o grupo controle 2 (51,5% versus 38,1%). O aumento também foi observado quando se analisou o período de até quatro meses do recomendado para a administração da dose (64,5% versus 51,1% versus 52,9%).
Merzouk <i>et al.</i> ²⁴ <i>Pubmed</i>	Avaliar o conhecimento sobre o HPV em estudantes do Oeste da Virgínia, criar um vídeo educacional a ser usado como suplemento nas aulas de saúde e determinar se uma intervenção educativa aumenta o conhecimento sobre o impacto do HPV em suas vidas.	Estudo quantitativo, experimental, em que participaram 626 estudantes do ensino médio, 372 assistiram às aulas com o vídeo educacional sobre HPV (grupo intervenção) e 254 assistiram às aulas tradicionais de educação em saúde (grupo controle). Os alunos responderam a um pré e a um pós-teste com 11 questões de verdadeiro e falso. As mudanças dos escores foram comparadas nos dois grupos. Nível de evidência=2.	Vídeo	Os escores do pós-teste dos estudantes do grupo intervenção aumentaram significativamente, em comparação com os escores do grupo controle ($p < 0,0001$), passando de 71,14% para 81,48% no primeiro. Sobre o conhecimento, 74,60% responderam que nem todas as mulheres que tem HPV podem apresentar câncer no pós-teste.
Krawczyk <i>et al.</i> ²⁵ <i>Pubmed</i>	Comparar a eficácia de duas intervenções educativas sobre o HPV para o aumento do conhecimento e intenção de vacinação entre estudantes universitários.	Estudo quantitativo, experimental, em que 200 estudantes universitários leram um panfleto sobre HPV (grupo intervenção escrita) ou assistiram a um vídeo sobre HPV e vacina (grupo intervenção vídeo) ou leram um panfleto sobre estratégias de prevenção do câncer em geral (grupo controle). Os participantes responderam a um questionário previamente e posteriormente a cada atividade. Nível de evidência=2.	Panfleto e vídeo	Os estudantes tinham idade média de 20,4 anos. Os grupos de intervenção com panfleto e vídeo tiveram altos escores de conhecimento, comparado ao grupo controle. Nenhuma diferença significativa entre os grupos das intervenções foi encontrada. Tanto a intervenção escrita como por vídeo aumentaram significativamente a intenção de vacinação, não havendo diferença significativa observada no grupo controle.
Humiston <i>et al.</i> ²⁶ <i>Scopus</i>	Avaliar a experiência de médicos com estratégias para aumentar as taxas de imunização entre os adolescentes e as percepções da viabilidade, sustentabilidade e capacidade para a utilização.	Estudo quantitativo, não experimental, em que médicos pediatras e da família de dois centros de saúde foram contatados para responder a um formulário com 20 questões, com foco para duas categorias de vacinas recomendadas para adolescentes (não sazonais, dentre as quais está a vacina do HPV, e para influenza). Nível de evidência=4.	Materiais impressos (manuais) e eletrônicos (vídeos, e-mails, páginas da web)	A taxa de resposta foi de 75,9% (148 de 195 profissionais). Mais da metade das práticas informadas consistiam em visitas preventivas pela enfermeira, educação médica e visitas para vacinação. Uma das estratégias citadas na prática educativa com pacientes no grupo de vacinas não sazonais foi a utilização de recursos impressos e recursos eletrônicos, estes últimos com baixos índices. Mais de 40% informaram ter interesse pelo uso desses recursos.

Discussão

Os artigos originais identificados nesta revisão trataram-se de publicações recentemente produzidas, tendo em vista que os trabalhos encontrados foram divulgados no período de 2008 a 2013.¹⁶⁻²⁶ Isso reflete como as novas tecnologias vem sendo incorporadas ao processo educativo estabelecido na atualidade, contribuindo para democratização da comunicação, da educação e do conhecimento, a partir da realidade cultural dos indivíduos.²⁷

Não foram vistas, nas bases de dados investigadas, publicações oriundas de pesquisas realizadas no Brasil, mas nos Estados Unidos esses manuscritos foram bastante expressivos.^{17-19,21-24,26} O interesse em desenvolver tecnologias educacionais com enfoque para o HPV, que tenham a intenção de promover a vacinação do público-alvo nesse local, justifica-se pela pouca adesão e baixas taxas de cobertura vacinal, pois os registros mostraram que somente um terço das jovens receberam pelo menos uma dose da vacina e 30% das que iniciaram o esquema não o completaram.²⁸ Além disso, a incidência e mortalidade por câncer de colo do útero desse país apresentam valores elevados na população, sendo estimados 12.360 casos novos e 4.020 mortes ocasionadas por esta neoplasia, em 2014.²⁹ Essa realidade não é muito discrepante da encontrada no Brasil, em que foram esperados 15.590 casos novos para a mesma neoplasia no referido ano, mostrando que novas estratégias de combate à doença devem ser implementadas a nível nacional para melhorar os índices de morbimortalidade.³⁰

Dentre as tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas em intervenções junto à população, o vídeo foi a mais encontrada nos artigos, amplamente utilizado como meio de divulgação da vacina contra o HPV.^{16,21,24-26} Isso se deve ao crescimento do uso de técnicas audiovisuais nas pesquisas experimentais nos últimos tempos. Esse recurso permite que se repensem estratégias de cuidado, fazendo parte, inclusive, do processo terapêutico em muitas abordagens.³¹

O uso dessa ferramenta como material educacional em diversas situações clínicas pode estar associado à facilidade que ela possui para ocasionar resultados favoráveis, seja pela acessibilidade, leveza na transmissão do conhecimento ou outros fatores, como evidenciou uma revisão de estudos randomizados controlados envolvendo a utilização do vídeo, que demonstrou impacto positivo em 13 de 22 publicações encontradas.³² Também merecem atenção duas experiências exitosas com o vídeo. Uma delas promoveu uma campanha piloto de vacinação contra a gripe antes da exibição de filmes em salas de cinema, que obteve bons resultados e sugeriu a realização de estudos que comprovassem a eficácia de mensagens

publicitárias na comunicação em saúde;³³ e outra com foco na vacinação antitetânica de mulheres do Camboja, cujo uso dessa tecnologia apresentou efeito positivo.³⁴

Além do vídeo, esta revisão apresentou outras tecnologias elaboradas e/ou utilizadas para promover a vacinação contra o HPV, sendo elas mensagens por equipamentos eletrônicos (celulares, BlackBerry e iPhone),^{17,23,26} programa de computador,¹⁸ radionovela,^{19,22} páginas da internet²⁰ e materiais impressos (panfletos e manuais).^{25,26} Algumas possibilitam a interação dos participantes, por meio do uso de hiperlinks, promovendo o *feedback* no processo de aprendizagem.^{17,18,20,23,26} As tecnologias da informação e comunicação, como a internet ou telefonia móvel, têm feito parte da vida de vários grupos etários, inclusive dos mais jovens, e constituem o principal meio de procura de informações atualmente.³⁵

Para demonstrar a necessidade de construção e utilização de tecnologias interativas com emprego nas ações educativas em saúde, um aplicativo para *smartphone* foi desenvolvido especificamente para a província rural de Sichuan, na China, com a intenção de melhorar a cobertura de imunização infantil local por meio de registro atualizado sobre vacinação, origem de uma lista de crianças que não receberam as vacinas e envio de informações de educação em saúde aos médicos.³⁶

A construção de ferramentas adaptadas à cultura de determinados grupos populacionais destacou a radionovela, amplamente conhecida entre os americanos de origem latina e que apresentou resultados satisfatórios na divulgação do conhecimento e na modificação de crenças e concepções sobre a vacina do HPV,^{19,22} além das mensagens de texto com arquivos de música Hip Hop voltadas para jovens americanas afro-descendentes, que tiveram boa aceitação.¹⁷

Essas tecnologias utilizaram a *Grounded Theory* e a Teoria da Ação Racional para a construção, respectivamente. De forma semelhante, foi observado o emprego de um referencial teórico de base construtivista no design e na análise de interfaces educativas, que usou como modelo um *software* para o ensino da geometria.³⁷

A participação do público-alvo no desenvolvimento da tecnologia educacional, principalmente estudantes e pais, esteve presente em algumas publicações encontradas.^{16,17,19,22,23} Apenas uma delas trouxe a contribuição do profissional enfermeiro na elaboração do material educacional.¹⁶ O envolvimento da população à qual a tecnologia educacional é destinada, juntamente com as contribuições daqueles que farão uso da mesma, confere um diferencial na produção desse material, permitindo a emissão de sugestões e ajustes em sua elaboração, tornando-os corresponsáveis pela aprendizagem.³⁸

O emprego do design participativo, fundamentado na teoria construtivista e que envolve os sujeitos do processo de aprendizagem, também foi visto na preparação de tecnologia educacional para ensino da histologia, cujo levantamento das necessidades de discentes e professores foi executado.³⁹ Em oposição a estes achados, destacam-se materiais confeccionados sem a influência de representantes da população para a qual se destinada, produzidos de forma vertical e tratando o público-alvo como algo estanque ou homogêneo.⁴⁰

Algumas tecnologias educacionais foram aplicadas em intervenções sobre HPV e vacinação, envolvendo, principalmente, a participação dos pais. Elas contribuíram para a melhoria do conhecimento sobre o vírus, intenção de vacinação e taxas de imunização.²¹⁻²⁵ Isso demonstra o impacto da utilização de ferramentas educacionais como estratégias de educação em saúde, promovendo o esclarecimento de dúvidas, preenchendo lacunas do conhecimento, ocasionando mudanças de comportamentos e estimulando a tomada de decisão.⁴¹ Corrobora com esses achados uma abordagem realizada com tecnologia da informação, um sistema de lembrete informatizado, que aumentou as taxas de vacinação pneumocócica entre idosos em um serviço de saúde adulto.⁴²

Na construção de uma das tecnologias, um vídeo educacional, diagnosticou-se a fragilidade do conhecimento de pais sobre a vacina do HPV para permitir a imunização das filhas. Além disso, verificou-se que há concepções errôneas em torno do imunobiológico, inclusive a de que sua administração pode fazer com que as jovens iniciem a atividade sexual precocemente.¹⁶ Isso indica a necessidade de se realizar estudos que tenham o propósito de melhorar o conhecimento sobre o assunto e sensibilizar o público-alvo da vacinação e os pais, ocasionando aumento nas taxas a adesão, principalmente no Brasil, que mostrou índices reduzidos no segundo momento da cobertura vacinal em 2014 (apenas 45% das adolescentes de 11 a 13 anos foram vacinadas).⁴³

Conclusão

As tecnologias educacionais com enfoque para o HPV e com repercussões na vacinação, produzidas e/ou aplicadas em intervenções junto à população, principalmente com pais e meninas na faixa etária indicada nos diferentes locais, utilizaram vídeos, mensagens de dispositivos eletrônicos, páginas da internet, programa de computador, radionovela e materiais impressos (como, por exemplo, o panfleto) como veículos de comunicação. A construção desses materiais originou ferramentas criativas, confiáveis e de utilidade para

educação em saúde, que proporcionam o conhecimento sobre a temática. O emprego deles evidenciou impacto positivo nas pesquisas encontradas.

Não foram localizadas no Brasil publicações abordando a temática investigada. Isso pode estar relacionado ao fato de a vacina somente ter sido incluída no Programa Nacional de Imunização a partir do ano de 2014, e estudos que busquem elaborar e verificar o efeito dessas tecnologias ainda estão incipientes ou não foram realizados. Com base em experiências previamente publicadas, é necessário que outras pesquisas sejam desenvolvidas, principalmente ensaios clínicos randomizados nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, com objetivo de tornar o conhecimento sobre o vírus e as formas de preveni-lo acessível à população e, desta maneira, contribuir para melhoria da adesão ao esquema vacinal contra o HPV.

Referências

1. Bragagnolo A, Eli D, Haas P. Papiloma Vírus Humano (HPV). *Rev Bras Anal Clin*. 2010 Abr-Jun; 42(2):91-6.
2. Rosa MI, Medeiros LR, Rosa DD, Bozzeti MC, Silva FR, Silva BR. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. *Cad Saúde Pública* [online]. 2009 [acesso 2014 Jul 13]; 25(5):953-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/02.pdf>
3. Borsatto AZ, Vidal MLB, Rocha RCNP. Vacina contra o HPV e a prevenção do câncer do colo do útero: subsídios para a prática. *Rev Bras Cancerol* [online]. 2011 [acesso 2014 Jul 14]; 57(1):67-74. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/10_revisao_de_literatura_vacina_hpv_prevencao_cancer_colo_uterio_subsidios.pdf
4. Sanches EB. Prevenção do HPV: a utilização da vacina nos serviços de saúde. *Revista Saúde e Pesquisa* [online]. 2010 [acesso 2014 Jul 12]; 3(2):255-61. Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewArticle/1257>
5. Amorim VL, Vieira NFC, Monteiro EMLM, Sherlock MSM, Barroso MGT. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. *RPBS* [online]. 2006 [acesso 2014 Jul 12]; 19(4):240-6. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/989>
6. Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, Pereira DCR, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2009 [acesso 2014 Jul 12]; 11(1):165-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf>

7. Nietsche EA, Backes VMS, Colomé CLM, Ceratti RN, Ferraz F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 Mai-Jun; 13(3):344-53.
8. Gowda C, Schaffer SE, Dombkpwski KJ, Dempsey Af. Understanding attitudes toward adolescent vaccination and the decision-making dynamic among adolescents, parents and providers. *BMC Public Health* [online]. 2012 [acesso 2014 Jul 12]; 12:509. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-509.pdf>
9. Gonçalves FD, Catrib AMF, Vieira NFC, Vieira LJES. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface Comunicação Saúde Educação* [online]. 2008 [acesso 2014 Ago 20]; 12(24):181-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/13.pdf>
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enferm* [online]. 2008 [acesso 2014 Jul 15]; 17(4):758. Disponível em: http://www.ca.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/revisao_integrativa__metodo_de_pesquisa_para_incorporacao_de_evidencias_na_saude_e_na_enfermagem.pdf
11. Galvão CM, Mensdes KDS, Silveira RCCP. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Bravidelli MM. *TCC-Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde*. São Paulo: Láttria; 2010.
12. Collucci C. Vacina que protege mulher de infecção pelo HPV é aprovada. *Folha de São Paulo*, 2006 Ago 29.
13. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm* [online]. 2006 [acesso 2014 Out 06]; 19(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>
14. Ursi ES. *Prevenção de lesões no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]*. Ribeirão Preto (SP): Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Universidade de São Paulo. Programa de Enfermagem Fundamental; 2005.
15. Critical Appraisal Skills Programme. 10 questions to help you make sense of a review [online]. 2013 [acesso 2014 Out 06]. Disponível em: http://media.wix.com/ugd/dded87_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.pdf
16. Vallery LA, Roberts SA, Kitchener HC, Brabin L. Informing adolescents about human papillomavirus vaccination: What will parents allow? *Vaccine*. 2008 Mar; 26:2203-10.
17. Thomas TL, Stephens DP, Blanchard B. Hip Hop, Health, and Human Papilloma Virus (HPV): Using Wireless Technology to Increase HPV Vaccination Uptake. *J Nurses Practitioners*. 2010 Jun; 6(6):464-70.
18. Smalley HK, Keskinocak P, Engineer FG, Pickering LK. Universal Tool for Vaccine Scheduling: Applications for Children and Adults. *Interfaces*. 2011 Set-Out; 41(5):436-54.

19. Kepka DL, Rodriguez HP, Thompson B. Development of a radionovela to promote HPV vaccine awareness and knowledge among latino parents. *Public Health Reports*. 2012 Jan-Feb; 127:130-8.
20. Tozzi AE, Buonomo PS, Atti MLC, Carloni E, Meloni M, Gamba F. Comparison of Quality of Internet Pages on Human Papillomavirus Immunization in Italian and in English. *J Adolescent Health*. 2010; 46:83-9.
21. Chapman E, Venkat P, Ko E, Orezza JP, Carmen MD, Garner EIO. Use of multimedia as an educational tool to improve human papillomavirus vaccine acceptability - A pilot study. *Gynecologic Oncology*. 2010 Mai; 118:103-7.
22. Kepka DL, Coronado GD, Rodriguez HP, Thompson B. Evaluation of a Radionovela to Promote HPV Vaccine and Knowledge Among Hispanic Parents. *J Community Health*. 2011 Mar; 36:957-65.
23. Kharbanda EO, Stockwell MS, Fox HW, Andres R, Lara M, Rickert Vaughn. Text message reminders to promote human papillomavirus vaccination. *Vaccine*. 2011 Fev; 29:2537-41.
24. Merzouk MD, Courtney P, Garrett-Albaugh S, Janoo J, Hobbs G, Vernon M. Knowledge of HPV in West Virginia High School Health Students and the Effects of an Educational Tool. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011; 24:278-81.
25. Krawczyk A, Lau E, Perez S, Delisle V, Amsel R, Rosberger Z. How to Inform: Comparing Written and Video Education Interventions to Increase Human Papillomavirus Knowledge and Vaccination Intentions in Young Adults. *J American College Health*. 2012 Mai-Jun; 60(4):316-21.
26. Humiston SG, Serwint JR, Szilagyi PG, Vincelli PA, Dhepyasuwan N, Rand CM, et al. Increasing Adolescent Immunization Rates in Primary Care: Strategies Physicians Use and Would Consider Implementing. *Clinical Pediatrics*. 2013 Abr; 52(8):710-20.
27. Gómez GO. Comunicação, educação e novas tecnologias: Tríade do século XXI. *Comunicação & Educação*. 2002 Jan-Abr; 23:57-70.
28. CEDUPI. Esquemas reduzidos de vacinação para HPV são possíveis? [online]. 2014 [acesso 2014 Nov 10]. Disponível em: <http://cedipi.com.br/content/esquemas-reduzidos-de-vacina%C3%A7%C3%A3o-para-hpv-s%C3%A3o-poss%C3%ADveis>
29. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer Statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* [online]. 2014 [acesso 2014 Nov 10]; 64:9-29. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21208/pdf>
30. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
31. Bteshe M, Estellita-Lins C. Os diferentes usos do vídeo no cuidado à saúde materno-infantil. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde*. 2011 Jun; 5(2):53-64.

32. Jeste DV, Dunn LB, Folsom DP, Zissok D. Multimedia educational aids for improving consumer knowledge about illness management and treatment decisions: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatr Res.* 2008 Jan; 42(1):1-21.
33. Peddecord KM, Jacobson IG, Elgelberg M, Kwizera L, Macias V, Gustafson KW. Can movie theater advertisements promote health behaviors? Evaluation of a flu vaccination pilot campaign. *J Health Commun.* 2008 Set; 13(6):596-613.
34. Painvin C, Schlumberger M, Chhem DB, Savannarom D, Phong P, Gilberg S. Impact positif d'un documentaire vidéo-TV sur la vaccination antitétanique des femmes au Cambodge et causes de non-vaccination. *Bull Soc Pathol Exot.* 2011; 104:29-37.
35. Amicizia D, Domnich A, Gasparini R, Bragazzi NL, Lai PL, Panatto D. An overview of current and potential use of information and communication technologies for immunization promotion among adolescents. *Human Vaccines & Immunotherapeutics.* 2013 Dez; 9(12):2634-42.
36. Chen L, Wang W, Du X, Rao X, Velthoven MH, Yang R, et al. Effectiveness of a smart phone app on improving immunization of children in rural Sichuan Province, China: study protocol for a paired cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2014 Mar; 14:262-70.
37. Gomes AS. Referencial teórico construtivista para avaliação de software educativo. *Revista Brasileira de Informática na Educação.* 2008 Mai-Ago; 16(2):9-21.
38. Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
39. Santa-Rosa JG, Struchiner M. Tecnologia Educacional no Contexto do Ensino de Histologia: Pesquisa e Desenvolvimento de um Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2011 Fev; 35(2):289-98.
40. Nogueira MJ, Modena CM, Schall VT. Materiais educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e algumas considerações. *Rev Eletr de Com Inf Inov Saúde.* 2009 Dez; 3(4):169-79.
41. Barbosa SM, Dias FLA, Pinheiro AKB, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. *Rev Eletr Enf.* 2010 Jun; 12(2):337-41.
42. Dexheimer JW, Talbot III TR, Ye F, Shyr Y, Jones I, Gregg WM, et al. A computerized pneumococcal vaccination reminder system in the adult emergency department. *Vaccine.* 2011 Jul; 29:7035-41.
43. Laboissière P. HPV: menos da metade das meninas de 11 a 13 anos recebeu segunda dose da vacina. Agência Brasil [online]. 2014 [acesso 2014 Nov 11]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-11/hpv-menos-da-metade-das-meninas-de-11-13-anos-recebeu-segunda-dose-da-vacina>

5.2 Artigo Original

Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do *Papilomavírus humano*

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense², Cleide Maria Pontes²

Resumo

Objetivo: validar um vídeo educacional direcionado à adesão da vacinação do *Papilomavirus humano* (HPV). Método: estudo metodológico, desenvolvido em três etapas. Para elaboração do vídeo, identificou-se o conhecimento sobre a temática e a tecnologia a ser construída por meio de seis grupos focais, organizou-se um referencial teórico sobre HPV e vacinação e levantou-se os vídeos existentes. O processo de produção seguiu os estágios de pré-produção, produção e pós-produção. A validação de conteúdo ocorreu com 22 especialistas. A validação de aparência aconteceu com dez adolescentes, dez mães, dez professores e dez profissionais da área de audiovisuais. Os dados foram analisados por meio do cálculo da frequência, média, desvio padrão, teste binomial e *Content Validity Index-CVI*. As sugestões foram analisadas e as mudanças necessárias executadas. Resultados: a concordância foi satisfatória na maioria dos itens. Quanto à relevância, 17 itens tiveram CVI acima de 0,80 entre os juízes. A avaliação foi positiva entre meninas e mães. Apenas dois itens apresentaram CVI menor que 0,80 entre os professores e um foi abaixo deste valor para os profissionais de vídeo. Conclusão: o vídeo educacional foi validado, conteúdo e aparência, conferindo credibilidade para contribuir nas ações de educação em saúde e melhorar os índices vacinais.

Descritores: Construção; Validação; Vídeo; Educação em saúde; Vacinação; HPV.

Descriptors: Construction; Validation; Video; Health education; Vaccination; HPV.

Descriptores: Construcción; Validación; Vídeo; Educación para la salud; Vacunación; VPH.

Introdução

A vacina quadrivalente contra o HPV foi introduzida no calendário nacional de imunização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2014. O imunobiológico é uma das estratégias para a prevenção do câncer de colo do útero, doença que constitui a segunda causa de morte por neoplasias em mulheres no Brasil e a terceira no mundo. O desenvolvimento

^{2,2} Universidade Federal de Pernambuco

desta vacina está associado à infecção pelo HPV, um grupo de mais de 100 vírus diferentes em que os subtipos 16 e 18 são responsáveis pela ocorrência de cerca de 70% dos casos de câncer de colo do útero^(1,2). Sua aprovação pelo órgão *U.S. Food and Drug Administration (FDA)* para uso em mulheres e homens aconteceu em 2006 e 2009, respectivamente, atestando a segurança na administração⁽³⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde determinou que o público-alvo da vacinação compreendesse meninas com idades entre nove a 13 anos, quando a maioria ainda não iniciou atividade sexual. A vacina, ao ser disponibilizada no SUS, gerou preocupações nas famílias quanto ao estímulo das menores em iniciar a vida sexual precocemente e receio dos eventos adversos pós vacinação. As informações divulgadas nos meios de comunicação e redes sociais acabam prejudicando a adesão à imunização e, conseqüentemente, o não cumprimento do esquema vacinal, realizado gratuitamente em postos de saúde e escolas públicas e privadas⁽¹⁾.

Em 2014, os índices de vacinação contra o HPV no Brasil foram de 99,6% e 58,4% para a primeira e segunda doses, respectivamente, enquanto em 2015, eles atingiram 64,9% e 39,6% para as mesmas doses⁽⁴⁾. Estes resultados comprovam a redução significativa na administração da vacina em quase dois anos, enfraquecendo as ações de combate ao câncer.

O incentivo à vacinação, com a utilização de ações educativas, faz-se necessário nesse cenário, tornando o conhecimento sobre o assunto acessível e sensibilizando diferentes públicos. Para isso, recomenda-se campanhas, com materiais informativos, nas mídias sociais, uso de telefonia móvel e utilização de tecnologias modernas, a exemplo do vídeo⁽¹⁾.

O vídeo é uma das ferramentas tecnológicas que mais tem se destacado nos últimos anos, pela facilidade de acesso e potencial para dinamizar as atividades didático-pedagógicas. Esse instrumento de ensino, baseia-se na pedagogia com os meios, que busca incorporar, de forma adequada, os recursos que possam potencializar a aprendizagem. Dessa forma, o vídeo educacional está ligado ao termo educação e possui o mesmo objetivo do vídeo didático, que é elaborado especificamente para as atividades didáticas⁽⁵⁾.

O surgimento de uma ferramenta educacional elaborada com a participação do público-alvo da vacinação, pais e profissionais ligados às áreas da educação e da saúde, fundamentada em informações oficiais sobre o imunobiológico e referências confiáveis, submetida a validação por especialistas e outros atores envolvidos com a imunização e produção de vídeo, confere a esse material credibilidade para contribuir nas ações de educação em saúde e, assim, melhorar os índices vacinais, que atualmente encontram-se abaixo do esperado. Assim, o objetivo desse estudo foi validar um vídeo educacional direcionado à adesão da vacinação do *Papilomavírus humano*.

Método

O estudo é denominado metodológico. Esse tipo de estudo desenvolve, valida e avalia ferramentas e métodos de pesquisa, geralmente é não experimental e está voltado para a elaboração de novos instrumentos⁽⁶⁾. Foi constituído por três etapas: construção da versão inicial do vídeo educacional, validação de conteúdo e validação de aparência.

Na primeira etapa, para diagnóstico do conhecimento e atitudes sobre a temática investigada e escolha da ferramenta educacional, foram realizados seis grupos focais com seis escolares, dez adolescentes, nove mães, dez professores, sete agentes comunitários de saúde (ACS) e 13 profissionais da saúde de nível superior⁽⁷⁾, selecionados por amostragem intencional⁽⁶⁾.

A operacionalização dos grupos ocorreu em escolas de ensino fundamental, municipais e estaduais, e unidades de saúde localizadas no Distrito Sanitário IV da cidade de Recife-PE, definidas por meio de sorteio, exceto para o grupo de profissionais de saúde de nível superior, em que a atividade foi desenvolvida durante reunião administrativa do Distrito.

Para participação nos grupos focais, as estudantes deveriam estar dentro da faixa etária da vacinação, que corresponde às séries do quarto ao oitavo ano. Excluíram-se aquelas que estavam afastadas das atividades escolares por motivo de adoecimento ou suspensão. O convite para participar do estudo foi feito aos pais e às mães, porém apenas as mães tiveram disponibilidade para comparecer ao encontro. Era necessário ter filhas com o perfil descrito, sendo excluídas as que possuíssem alguma limitação cognitiva que as impedissem de responder aos questionamentos. Os professores deveriam ensinar nas séries mencionadas, em escolas do Distrito Sanitário selecionado, e os profissionais da saúde deveriam atuar em serviços da mesma localidade.

Os grupos focais foram conduzidos por um moderador, com auxílio de um assistente de coleta para os registros, tendo duração média de 37 minutos. As falas iniciaram com a apresentação de um cartaz da vacinação, que introduziu os discursos gerados a partir de um roteiro com cinco questões norteadoras, adaptadas conforme o público participante, sobre HPV, imunização contra o vírus e materiais educacionais sobre o assunto, utilizando-se a metodologia problematizadora.

A partir da transcrição dos áudios e leitura exaustiva dos textos, identificou-se o conhecimento e atitudes sobre o assunto e o vídeo como a tecnologia educacional escolhida. Em seguida, realizou-se uma pesquisa sobre vídeo e se elaborou um referencial teórico sobre HPV e vacinação. Também foram verificadas as produções existentes com a temática

estudada nos acervos da Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, secretarias estaduais de saúde do Brasil e Distrito Federal, objetivando a confecção de um vídeo diferente daqueles anteriormente publicados, sendo localizados 22 audiovisuais. Todos esses passos contribuíram para a confecção do roteiro do vídeo.

O processo de produção do vídeo educacional foi organizado em três estágios consecutivos: pré-produção, produção e pós-produção⁽⁸⁾. Na fase de pré-produção, foi definida a ideia inicial e, posteriormente, partiu-se para a escrita do roteiro, estruturado de acordo com seis elementos: ideia, conflito, personagens, ação dramática, tempo dramático e unidade dramática⁽⁹⁾. Participaram também desta etapa um profissional da área de comunicação social e um da área de pedagogia, que emitiram sugestões para a construção do roteiro utilizado na produção da versão inicial do vídeo. Após, elaborou-se o *storyboard*, que fornece a visualização gráfica das imagens das cenas, em sequência⁽⁸⁾. A confecção das personagens e cenários foi feita no programa *CorelDRAW*® por um profissional da área de design gráfico capacitado.

Os estágios de produção e pós-produção foram desenvolvidos por um profissional de computação gráfica com experiência na criação de vídeos. O vídeo educacional foi construído no formato de animação em segunda dimensão (2D). A movimentação corporal e das expressões faciais das personagens foi realizada com o auxílio do programa *GoAnimate*®. O áudio das falas foi gravado em local reservado e com acústica adequada. Para a edição do material produzido, utilizou-se o programa *Final Cut Pro*®. A versão inicial do vídeo foi convertida para o formato MP4, a fim de facilitar sua distribuição durante a validação.

Na etapa de validação de conteúdo, participaram 22 profissionais⁽¹⁰⁾ considerados expertises na área de saúde da mulher e/ou adolescente, saúde pública, saúde coletiva e educação em saúde, atuantes na docência ou assistência, com pelo menos cinco anos de atuação na especialidade. Eles foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão baseados no sistema de classificação de expertises adaptado do modelo de *Fehring*⁽¹¹⁾, que considera especialista o profissional que apresentar no mínimo cinco pontos. A busca ativa desses participantes ocorreu na Plataforma *Lattes*, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, sendo a amostragem utilizada do tipo intencional⁽⁶⁾.

Para a coleta de dados, um formulário eletrônico foi elaborado com o auxílio da ferramenta *Google Forms*® e enviado por e-mail após contato inicial, composto por carta-convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, questionário para a caracterização profissional dos participantes, cópia do vídeo educacional e instrumento para validação de conteúdo, que avaliou a concordância e grau de relevância em 25 itens. Este instrumento,

adaptado de dois estudos de validação de materiais educacionais^(5,12), seguiu um roteiro de avaliação composto por conceito da ideia, construção dramática, ritmo, personagens, potencial dramático, diálogos, estilo visual e público referente⁽⁹⁾.

A etapa de validação de aparência realizou-se com dez adolescentes, dez mães e dez professores de estudantes de nove a 13 anos do sexo feminino, ligados às escolas municipais e estaduais do Distrito Sanitário IV, e também com dez profissionais da área de vídeo⁽¹²⁾. Para a seleção das estudantes, pais e professores, adotou-se os mesmos critérios de inclusão e exclusão utilizados para os grupos focais. Também nesta etapa, apenas as mães estavam disponíveis. Os profissionais da área da tecnologia deveriam ter experiência na produção e publicação de vídeos, sendo selecionados a partir do modelo de amostragem em cadeia⁽⁶⁾. Fez-se o convite para participação no estudo e entrega/envio dos documentos necessários. Após a visualização do vídeo educacional, foi realizado o preenchimento do instrumento de validação de aparência, adaptado dos estudos de Joventino⁽⁵⁾ e Oliveira *et al.*⁽¹²⁾.

Os dados coletados na etapa de validação foram organizados e processados no software IBM® SPSS® Statistics, versão 20.0, sendo descritas as frequências absolutas, médias e desvios-padrão (DP). Para a validação de conteúdo, o teste binomial foi aplicado a cada item do instrumento, verificando a proporção de concordância entre os juízes, com um índice de concordância igual ou superior a 85% ($P \geq 0,85$) e um nível de significância (α) de 5%⁽¹²⁾. Para análise da concordância em relação ao grau de relevância dos itens, calculou-se o Índice de Validade do Conteúdo, através de três equações matemáticas: I-CVI (*Item-Level Content Validity Index*), S-CVI/AVE (*Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method*), e S-CVI (*Scale-Level Content Validity Index*), considerando-se desejável na validação do conteúdo um índice igual ou superior a 0,80⁽⁶⁾. Para a análise da compreensão do material educacional pelos demais participantes, também realizou-se o cálculo do CVI para cada item do instrumento de validação de aparência.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 43685615.2.0000.5208).

Resultados

Os grupos focais evidenciaram dúvidas e diferentes níveis de conhecimento sobre HPV e vacinação. As meninas desconhecem o vírus em si, articulando-o ao câncer de colo do

útero e à vacina, que combate também outros tipos de câncer: *"É uma vacina... contra o câncer de mama, câncer na pele, câncer de colo."* (Grupo focal adolescentes)

As mães sabem que o HPV é um vírus, associam-no ao câncer de colo do útero e possuem a percepção de que as adolescentes pertencem a um grupo de risco por estarem na fase de início da atividade sexual. Os professores destacaram que a transmissão ocorre por via sexual e fômites, acham que apenas o homem é portador do vírus e que a infecção pode surgir a partir de outras infecções sexualmente transmissíveis. Os ACS e os profissionais da saúde de nível superior identificaram o HPV como o responsável pelo câncer de colo do útero, sendo que os últimos forneceram informações bastante detalhadas acerca do tema abordado.

Sobre a vacina, existe a concepção, em todos os grupos, de que ela previne o câncer, porém entre meninas e mães não foi visto que a proteção é específica para o câncer de colo do útero, pois generalizam com outras doenças: *"A menina cresce protegida. Previne contra o câncer do colo do útero e outras doenças mais, fora isso aí também."* (Grupo focal pais)

A resistência de meninas e pais à imunização contra o HPV foi relatada pelos professores e profissionais da saúde. Percebe-se como a população possui receio quanto à vacinação por falta de conhecimento sobre o assunto: *"Tem gente que não quer vacinar na minha área porque diz que faz mal. Só vai vacinar depois que outras meninas se vacinarem e ver que não deu problema nenhum."* (Grupo focal ACS)

Para incentivo à vacinação ou mesmo aplicação da vacina, algumas atitudes foram citadas, como divulgação sobre o HPV, o câncer de colo do útero e o imunobiológico em campanhas, feiras, salas de espera, acolhimento, visita domiciliar, escolas e outros equipamentos sociais, redes sociais, televisão e grupos de adolescentes. Também foi mencionada a ida ao serviço de saúde com a menor para administração da vacina.

Diversos materiais educacionais foram sugeridos nos grupos para falar sobre a vacina, como cartazes, panfletos, quadrinhos, slides, jogos e teatro com fantoches, porém o vídeo foi o que teve maior destaque pela possibilidade de apresentar imagens e chamar mais atenção, além da facilidade na visualização e compartilhamento, com base em experiências prévias exitosas: *"Como na unidade a gente tem a televisão na sala de espera e o DVD, vídeo com a gente funciona."* (Grupo focal profissionais da saúde de nível superior)

Quanto ao conteúdo que o material deveria abordar, recomendou-se perguntas e respostas sobre o tema; estórias/narrativas envolvendo a vacinação; esclarecimentos sobre o sistema reprodutor feminino, o vírus, o câncer de colo do útero e a vacina; casos em que ocorresse a vacinação; presença de um especialista no assunto para fornecer explicações; mitos e verdades sobre a imunização e consequências da não vacinação.

O referencial teórico elaborado para fundamentar a construção do roteiro do vídeo educacional foi composto por tópicos relacionados ao HPV, câncer de colo do útero e vacinação contra o vírus. As produções audiovisuais encontradas sobre o tema nos acervos pesquisados tratavam-se de vídeos motivacionais e informativos, com mensagens de campanha e informações técnicas sobre a vacina, nenhum deles ofertando o conhecimento a partir de situações reais e construído a partir do diagnóstico realizado com a população.

O roteiro para a primeira versão do vídeo educacional resultou em uma narrativa formada por sete personagens e quatro cenas, que ocorrem na escola, domicílio e unidade de saúde, enfatizando os conflitos sobre a vacinação contra o HPV no cotidiano de uma família tradicional e a tomada de decisão dos pais para a imunização de sua filha a partir do conhecimento adquirido com um profissional da educação e outro da saúde (Figura 1).

O *storyboard* foi desenvolvido com base no primeiro roteiro e apresentou seis imagens extraídas da abertura e das cenas. Por meio dele foi possível se ter uma ideia da caracterização física das personagens da estória, cenários, cores, ações e emoções presentes no vídeo. Os estágios de produção e edição originaram a animação "É hora de se proteger com a vacina do HPV", com duração aproximada de 11 minutos, primeira versão do vídeo educacional, submetido à validação com os juízes.



Figura 1 - Personagens e cenas do vídeo educacional "É hora de se proteger com a vacina do HPV". Recife, Pernambuco, Brasil, 2016.

Na etapa de validação de conteúdo, 19 juízes pertenciam à área da docência em instituições de ensino superior localizadas nas regiões Nordeste e Sudeste, e três da área assistencial de serviços do Nordeste. O sexo feminino prevaleceu (20). A média da idade era de 45,4 anos (DP± 9,3 anos). A média do tempo de formação foi de 22,6 anos (DP± 10,4 anos) e do tempo de atuação 21 anos (DP± 9,6 anos). Daqueles atuantes na docência, 11 eram especialistas em saúde da mulher, sete especialistas em saúde pública ou saúde coletiva e 17 possuíam doutorado. Dos que atuavam na assistência, todos possuíam especialização em saúde da mulher e mestrado.

A concordância entre os juízes para os itens avaliados foi satisfatória na maioria deles, exceto para o item 16, em que houve empate da concordância/discordância (11/11), e no item 17, em que 13 juízes discordaram. O p-valor foi >0,05 em 22 itens, indicando a proporção de juízes que concordaram com a adequação e pertinência do vídeo educacional (Tabela 1).

A relevância dos itens, expressa pelo cálculo do I-CVI separadamente, pode ser visualizada na tabela 1. Verifica-se que o valor do I-CVI foi maior do que 0,80 na maioria dos itens avaliados, exceto para os itens 5, 7, 13, 16 e 17. A média do I-CVI para o vídeo educacional foi de 0,85. A proporção de relevância (S-CVI/AVE) foi igual ou acima de 0,80 para 17 juízes e abaixo desse valor para cinco deles. O valor do S-CVI foi de 0,85.

Tabela 1 - Concordância e relevância dos itens para validação de conteúdo do vídeo educacional, segundo os juízes. Recife, Pernambuco, Brasil, 2016.

ITENS AVALIADOS	CONCORDÂNCIA		p*	P†	I-CVI‡	
	SIM	NÃO				
Conceito da ideia						
1	Conteúdo promove a adesão	22	0	1,000	1,000	1,00
2	Objetivo evidente	22	0	1,000	1,000	1,00
3	Contribuições no conhecimento e mudança de comportamento	22	0	1,000	1,000	0,95
4	Utilização por profissionais da saúde e educação	22	0	1,000	1,000	0,95
Construção dramática						
5	Abertura apresenta impacto	12	10	<0,001	0,545	0,72
6	Conflito refere-se às situações reais	22	0	1,000	1,000	1,00
7	Desenvolvimento da narrativa aumenta o interesse	18	4	0,424	0,818	0,77
8	Tomada de decisão corresponde ao clímax	21	1	0,972	0,954	1,00
9	Desfecho incentiva à vacinação	21	1	0,972	0,954	0,90
Ritmo						
10	Número de cenas transmite a mensagem	19	3	0,661	0,863	0,95
11	Duração satisfatória	17	5	0,226	0,772	0,90
12	Exibição de uma cena motiva	19	3	0,661	0,863	0,90

para a cena seguinte

Personagens						
13	Personagens conquistam o público-alvo, pais e professores	16	6	0,099	0,727	0,63
14	Personagens são representativos	20	2	0,863	0,909	0,95
15	Interação entre as personagens transmite a mensagem	19	3	0,661	0,863	0,95
Potencial dramático						
16	Emoção na narrativa	11	11	<0,001	0,500	0,45
17	Humor na fala das personagens	9	13	<0,001	0,409	0,45
Diálogos						
18	Textos compreensíveis e naturais	18	4	0,424	0,818	0,86
19	Diálogos motivam para compreensão do tema	20	2	0,863	0,909	0,81
20	Voz ativa incentiva hábitos que resultam na vacinação	22	0	1,000	1,000	0,86
Estilo visual						
21	Ilustrações apropriadas	19	3	0,661	0,863	0,81
22	Ilustrações transmitem o conteúdo	21	1	0,972	0,954	0,86
23	Ilustrações motivam à compreensão da mensagem	20	2	0,863	0,909	0,81
Público referente						
24	Correspondência entre o conteúdo e o mundo real	18	4	0,424	0,818	0,86
25	Linguagem clara	22	0	1,000	1,000	0,95
S-CVI§						0,85

Fonte: Os autores, 2016.

* p-valor † Teste Binomial ‡ *Item-Level Content Validity Index* § *Scale-Level Content Validity Index*

As sugestões emitidas nos itens que tiveram I-CVI abaixo de 0,80, para melhoria do vídeo educacional, foram referentes à abertura (item 5), interesse pelo vídeo (item 7), personagens da narrativa (item 13), emoção (item 16) e humor (item 17). Na abertura, as modificações tornaram-na mais dinâmica e atraente, iniciando com um questionamento sobre a vacina antes do título do vídeo, uma música mais convidativa e letras adequadas ao tema. O convite feito pela professora Cristina passou a ser na sala de aula, ao invés do pátio da escola. Com relação ao desenvolvimento da narrativa para aumento do interesse pelo vídeo, deu-se mais ação aos acontecimentos, movimentos e diálogos, para não deixá-lo monótono. Sobre as personagens, as falas de quatro delas foram regravadas com mais expressividade e motivação. O menino Juca trocou o carro de brinquedo por um celular e a enfermeira Lúcia apresentou-se à família ao encontrá-la no posto de saúde.

Para conferir mais emoção, as falas ficaram mais espontâneas, com maior sentimento, para tornarem-se mais reais. Na administração da vacina, a menina Mariana deixou de sorrir e a enfermeira Lúcia não bateu palmas ao final do procedimento. A senhora Sueli passou a lembrar de sua conhecida, vítima de câncer de colo do útero, em estado de sofrimento junto à

sua família. Sobre o humor, as novas falas assemelharam-se as de meninas nas idades das personagens, com uma performance mais adolescente, e durante a conversa entre as duas garotas outros grupos de crianças/adolescentes também passaram a escutá-las, conversar e interagir por meio de dispositivos eletrônicos. A versão do vídeo submetida à validação de aparência passou a ter duração de 11 minutos e 54 segundos.

Quanto aos participantes da validação de aparência do vídeo educacional nas escolas, as meninas tinham a média da idade igual a 11,9 anos ($DP \pm 0,7$ ano), cursavam a sexta ou sétimas séries e mais da metade moravam com a mãe (06). As mães possuíam a média da idade igual a 37,9 anos ($DP \pm 5,1$ anos), viviam em união estável (07), metade tinham ensino fundamental incompleto, sete delas não trabalhavam e possuíam renda familiar de um a dois salários mínimos (valor vigente na época R\$ 788,00) e todas tinham até três filhas. Os professores eram, quase todos, do sexo feminino (09), tinham a média da idade igual a 45,6 anos ($DP \pm 11,5$ anos), cinco eram solteiros e cinco casados, possuíam apenas ensino superior completo (05) ou especialização (05), metade declarou renda familiar de três a quatro salários mínimos e seis tinham filhos.

Os profissionais com experiência na produção de vídeo eram, em sua maioria, do sexo masculino (08), solteiros (08), tinham doutorado (02) como maior titulação, possuíam trabalho formal (06) e renda familiar de cinco ou mais salários mínimos (06). Dois eram professores universitários de instituição pública federal e apenas um tinha filhos (03 filhas).

A maioria dos itens obteve I-CVI igual ou acima de 0,80. Entre os professores, os itens 4 e 5, que se referem à duração do vídeo e capacidade das cenas em transmitir o conteúdo, apresentaram I-CVI de 0,70 cada um. Entre os profissionais de vídeo, apenas o item 4 também teve o I-CVI de 0,70. A média do I-CVI variou de 0,85 a 1,00 em todos os grupos. O S-CVI/AVE foi maior que 0,80 para a maioria dos participantes, exceto para três professores e cinco profissionais de audiovisual, em que apresentaram valores entre 0,37 e 0,65. O S-CVI foi acima de 0,80 para todos os grupos.

A avaliação positiva de 100% das adolescentes (A) e mães (M) sobre os aspectos relacionados ao vídeo educacional, públicos para os quais o material é destinado, gerou os seguintes comentários das participantes: *A abertura do vídeo é interessante. Eu que não sabia, aprendi cada vez mais (A1); Deu mais tempo para refletir sobre o HPV (A8); Explica o que acontece se não tomar (A4); Prende a atenção. Criança gosta muito de boneco, fica interessante porque eles sabem sobre o que fala (M3); Vai ser melhor para as mães que estão com medo (M8); Deu para entender de uma forma que não é vulgar (M7).*

Para aprimoramento do vídeo, reduziu-se o tempo da narrativa com as falas das personagens processando-se em ritmo mais rápido, diminuindo a pausa entre os movimentos e passagem de cena, encurtando a abertura e sincronizando o movimento da boca com o áudio. Para transmitir melhor a mensagem, as vozes ficaram mais espontâneas e parecidas com as de meninas na faixa etária das personagens. Na sala de aula, o quadro negro teve os cálculos matemáticos substituídos por informações sobre a vacina, as cores de fundo passaram a mudar mais lentamente ou foram trocadas pelo cenário convencional, a fim de não desviar a atenção do telespectador. As expressões faciais do menino Juca também foram revistas.

A implementação de algumas sugestões emitidas pelos juízes e demais participantes para o vídeo educacional, ao final de cada etapa da validação, resultou em uma versão final do material mais dinâmica, com menor duração e maiores detalhes relacionados ao seu conteúdo e à questão visual.

Discussão

Os grupos focais realizados para a construção da tecnologia educacional evidenciaram conhecimento pouco detalhado e confuso sobre o HPV e a vacina que protege contra o vírus, entre representantes do público-alvo da vacinação, mães, professores e até profissionais da saúde. Isso pode estar relacionado ao fato do imunobiológico ser o mais novo método de prevenção do câncer de colo do útero oferecido pelo Ministério da Saúde no Brasil a partir de 2014. Anteriormente, a vacina era pouco divulgada entre a população do país, mesmo com a produção sendo iniciada em 2006. Desde a implantação, muitas dúvidas têm sido geradas a respeito de sua eficácia e segurança⁽¹³⁾. Dessa forma, o vídeo educacional construído procurou abordar questões que atendessem às demandas originadas nos grupos focais, traduzindo-se em um recurso dinâmico para difusão do conhecimento sobre o imunobiológico.

O diagnóstico sobre HPV e vacinação realizado com os participantes dos grupos focais permitiu identificar o que se conhece a respeito da temática, as lacunas no conhecimento sobre o assunto, as necessidades de informações para o público e a escolha do vídeo como tecnologia educacional. O envolvimento desses atores conferiu um diferencial ao vídeo, que levará o conhecimento sobre a vacina arquitetado a partir da realidade da própria população e que poderá provocar reflexões que levem a mudanças de comportamento de meninas e pais, favorecendo a vacinação. De maneira semelhante, para construção e validação de um manual educacional, executou-se um levantamento com acompanhantes sobre o seu conhecimento a respeito de técnicas apoiadoras à parturiente na fase de elaboração da tecnologia⁽¹⁴⁾. Porém,

outros caminhos podem ser seguidos na construção do roteiro de um vídeo educacional, alicerçado em pesquisas sobre o tema⁽¹⁵⁾.

O vídeo foi a tecnologia escolhida, neste estudo, para transmitir o conhecimento sobre o vírus e a imunização contra o HPV, por ser atrativo e facilmente acessível, contribuir para o aprendizado e possuir boa empregabilidade em ações educativas na escola e na comunidade. Sua utilização em atividades desenvolvidas com o público que se pretende atingir poderá promover desfechos satisfatórios, aumentando os índices vacinais e conferindo proteção à saúde das mulheres. Espera-se que o efeito positivo do vídeo educacional seja similar aquele provocado por um vídeo criado para promover o apego entre mãe soropositiva para HIV e seu filho, com resultados mais favoráveis para o grupo intervenção, comprovando a eficácia desse material em estudos experimentais⁽¹⁶⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou, no Congresso Mundial de Luta contra o Câncer, a administração de duas doses da vacina contra o HPV em meninas de nove a 13 anos, pois são suficientes para proteger as jovens, que ainda não iniciaram a vida sexual, do câncer de colo do útero⁽¹⁷⁾. Assim, o vídeo educacional elaborado procurou mostrar, em seu conteúdo, questões referentes ao vírus, formas de contaminação, manifestações clínicas, relação HPV e câncer de colo do útero, rastreamento e prevenção da neoplasia, vacinas disponíveis, público-alvo da vacinação, esquema vacinal e eventos adversos, contemplando as recomendações da OMS e respondendo às inquietações geradas nos grupos focais. No vídeo, também houve a preocupação de abordar conflitos ligados à resistência de meninas e pais à imunização, com o objetivo de desmistificar concepções que impedem a proteção com a vacina. Dentre os motivos mais citados na literatura para a não vacinação estão: não haver o risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível, necessidade de maiores informações sobre a vacina, o imunobiológico ser algo novo e a decisão de se vacinar caber ao filho. Ainda foi dito que a vacinação do menor sob sua responsabilidade somente seria realizada se houvesse indicação médica⁽¹⁸⁾.

O desenvolvimento do vídeo educacional deste estudo foi pautado em um referencial teórico que determina que o processo de produção é organizado a partir de três estágios, sendo eles pré-produção, produção e pós-produção⁽⁸⁾. O embasamento em uma literatura específica conferiu maior qualidade ao material originado, direcionando os passos para a sua composição. Em conformidade com esse procedimento, um vídeo sobre tratamento quimioterápico, construído como estratégia de educação para pacientes oncológicos, utilizou um referencial teórico que especifica como fases necessárias à sua elaboração análise e planejamento, modelagem, implementação, avaliação e manutenção e distribuição⁽¹⁹⁾.

A validação de conteúdo proporcionou o reconhecimento científico que se associou ao vídeo educacional, a partir do julgamento de peritos. Nesta etapa, 100% dos juízes especialistas concordaram que o conteúdo do vídeo promove a adesão à vacinação, caracterizando-o como adequado para o uso por profissionais da saúde e educação. A compreensão dos textos e a adequação das ilustrações (personagens e cenários) ao conteúdo também obtiveram escores satisfatórios, indicando que as informações contidas no vídeo são apropriadas. Além disso, eles concordaram sobre a motivação gerada a partir de uma cena para a visualização da cena seguinte, o que desperta no público interesse para assisti-lo. Todos os itens relacionados a esses domínios apresentaram $p\text{-valor}>0,05$ e $I\text{-CVI}>0,80$, comprovando que o uso do vídeo, na prática, é apropriado. Um vídeo sobre curativo do cateter venoso central também teve os itens avaliados adequadamente, no processo de validação, principalmente quanto ao conteúdo e imagens, sendo o instrumento educacional considerado apto para ser disponibilizado e útil na formação profissional em enfermagem⁽²⁰⁾.

O valor do S-CVI para o vídeo foi de 0,85, porém os cinco itens que apresentaram $I\text{-CVI}<0,80$ na validação de conteúdo foram modificados com base nas sugestões emitidas pelos peritos, tornando-os mais enriquecidos e claros. Na primeira cena, a proposta foi de uma abertura mais movimentada para despertar a atenção do espectador em sua visualização, a partir do uso de sons e imagens mais atrativos, principalmente pelas faixas etárias mais jovens. Alterações são comuns na validação de materiais educacionais. Na introdução de um vídeo educacional sobre higienização bucal de pacientes em tratamento quimioterápico também foram sugeridas mudanças, sendo todas acatadas e o roteiro modificado⁽²¹⁾.

Para aumentar o interesse pelo vídeo, a narrativa necessitou de mais agilidade nas ações e nas falas, procurando também se assemelhar à linguagem adolescente para se aproximar do meio cultural no qual foi produzido, a fim de poder ser empregado nas ações educativas e conquistar meninas e pais para a imunização. O uso de tecnologias que promovam a adesão à vacinação contra o HPV é preconizado pelo Ministério da Saúde, na tentativa de concentrar esforços para orientar a população sobre a prevenção do câncer de colo do útero⁽¹⁾. Em conformidade com esta recomendação, o vídeo elaborado é uma estratégia para disseminar conhecimento sobre o assunto e poderá ocasionar a adoção de comportamentos que resultem na imunização a partir do envolvimento de quem o assiste.

As personagens tornaram-se mais envolvidas em suas relações, buscando cativar o público-alvo do vídeo educacional, pois o desenvolvimento de temáticas de saúde no ambiente escolar com o auxílio dessa ferramenta, junto à comunidade estudantil e à família, requer figuras notáveis que se aproximem e gerem motivação. O vídeo é um recurso que pode

ser utilizado em um ambiente interativo como a escola, de forma a potencializar expressão e comunicação, propondo uma ação pedagógica que determina a aprendizagem⁽²²⁾. Os ajustes realizados na produção do material construído proporcionou adequação da tecnologia ao objetivo a que se propõe. Caso contrário, poderia haver o desinteresse do público e baixa efetividade do vídeo na escola e em outros locais de apreensão do conhecimento.

A emoção e o humor foram aspectos melhor trabalhados no vídeo para divulgar as informações da vacinação por meio do entretenimento, a fim de chamar a atenção de maneira convidativa, divertida e suave. A força de comunicação das imagens representa uma superposição do sensorial, do visual, das linguagens falada, musical e escrita, atingindo-se os sentidos, o que facilita o emprego do audiovisual na educação em saúde. Ele tem o poder de seduzir, informar, entreter, transportar para o imaginário, para outros tempos e espaços⁽²³⁾. Desta forma, a versão final do vídeo construído investiu em imagens e sons que sensibilizassem para a vacinação, capazes de reproduzir diferentes sensações em sua exibição.

A validação de aparência correspondeu a uma avaliação para verificar se todos os itens foram compreensíveis pelos membros da população à qual o vídeo educacional é destinado. A inclusão desses participantes contribuiu para a adequação do material, que será utilizado por outras pessoas dos mesmos grupos investigados posteriormente, transformando-o em um recurso mais atraente, relevante, apropriado e que desperta maior interesse de quem assiste, a partir dos ajustes propostos e implementados. Com esse mesmo propósito, um curta-metragem sobre HPV e câncer cervical para adolescentes antes da vacinação envolveu a participação do público-alvo e profissionais da saúde para sua avaliação⁽²⁴⁾.

A validade de aparência realizada por profissionais que produzem vídeos conferiu maior qualidade técnica à versão final da ferramenta educacional. Esse julgamento levantou alguns detalhes não observados anteriormente e proporcionou mudanças coerentes na produção e edição do material, colaborando para deixá-lo ainda mais enriquecido. Do mesmo modo, houve a inserção de profissionais habilitados na avaliação técnica de um vídeo educacional para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil⁽⁵⁾.

A versão da tecnologia educacional submetida à validação de aparência tinha duração de 11 minutos e 57 segundos, enquadrando-a como vídeo de intervenção social, que são aqueles que se aproximam de 15 a 20 minutos⁽²³⁾. Como o tempo do audiovisual foi considerado longo por professores e profissionais da área, optou-se por deixá-lo com duração próxima de dez minutos, sem haver cortes no conteúdo abordado. Nesta questão, considerou-se que um vídeo muito curto impossibilitaria a transmissão de conhecimentos julgados como essenciais para se atingir o objetivo proposto, podendo descaracterizar o material produzido.

A relevância do vídeo educacional foi afirmada pela maioria dos participantes, na validação de aparência, quanto à clareza das cenas para falar sobre o assunto. A execução de pequenos ajustes, após esta etapa, facilitou a transmissão da mensagem, tornando-o mais adequado para utilização. Situação parecida foi vista na validação de uma animação como objeto de aprendizagem para Ensino à Distância, em que o público-alvo apropriou-se dos conceitos abordados e levantou sugestões para seu aperfeiçoamento⁽²⁵⁾.

O fornecimento de orientações sobre a vacinação contra o HPV deve fazer parte da assistência prestada por profissionais da saúde, principalmente pelo enfermeiro, por estar mais envolvido com as ações de imunização, como também das atividades educativas proporcionadas pela escola. Para isso, um vídeo educacional que trate sobre o assunto, construído a partir de diversos olhares desde a ideia inicial até a versão final, pode servir como veículo de comunicação e cooperar para a melhoria dos índices da vacinação.

Conclusão

O vídeo educacional com ênfase para a adesão à vacinação do HPV, elaborado com a participação de meninas na faixa etária da imunização, mães, professores e profissionais da saúde, foi validado quanto ao conteúdo, entre os juízes, e com relação à aparência, com representantes do público-alvo do material, educadores e profissionais experientes na produção de audiovisuais.

As sugestões levantadas nas etapas da validação contribuíram para a versão final do vídeo educacional, que subsidiará a realização de ações educativas direcionadas a meninas e pais, nas escolas e serviços de saúde, acerca da vacinação contra o HPV. Por se tratar de uma tecnologia educacional, possibilitará aos facilitadores dessas atividades formas inovadoras para a troca de conhecimentos com o público, favorecendo a construção e reconstrução do saber, facilitando o aprendizado e contribuindo para o avanço da educação. Além disso, o vídeo é uma opção para a divulgação do conhecimento sobre a vacina nas ações de educação em saúde ofertadas à população em geral, no combate ao câncer de colo do útero.

Porém, ressalta-se a importância de que novos estudos sejam desenvolvidos com o material construído, a exemplo de ensaios clínicos randomizados, para verificar a eficácia do mesmo frente à imunização contra o vírus.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe técnico sobre a vacina Papilomavírus humano (HPV) na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Zouheir Y, Daouam S, Hamdi S, Alaoui A, Fechtali T. Knowledge of Human Papillomavirus and Acceptability to Vaccinate in adolescents and young adults of Moroccan population. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;1-11.
3. Unger Z, Maitra A, Kohn J, Devaskar S, Stern L, Patel A. Knowledge of HPV among Women Ages 19 to 26. *Women's Health Issues*. 2015; 25(5):458-62.
4. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. Estratégia de vacinação contra HPV, Coberturas vacinais 2014 e 2015. 2015. [acesso em 2016 jan 10]. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/index.asp>
5. Joventino ES. Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil [tese de doutorado]. Fortaleza : Universidade Federal do Ceará; 2013. 186 p.
6. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
7. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas em saúde. *Physis Revista de Saúde coletiva*. 2009; 19(3):777-796.
8. Kindem G, Musburger RB. Introduction to media production: The path to digital media production. 4th. ed. Boston: Focal Press; 2009.
9. Comparato D. Da criação ao roteiro: teoria e prática. São Paulo: Summus; 2009.
10. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 23(3):134-9.
11. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson RM, editor. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott; 1994.
12. Oliveira SC, Lopes MVO, Fernandes AFC. Development and validation of an educational booklet for health eating during pregnancy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(4):611-20.
13. Nunes CBL, Arruda KM, Pereira TN. Apresentação da eficácia da vacina HPV distribuída pelo SUS a partir de 2014 com base nos estudos Future I, Future II, e Villa *et al*. *Acta Biomédica Brasiliensia*. 2015; 6(1):1-9.

14. Teles LMR, Oliveira AS, Campos FC, Lima TM, Costa CC, Gomes LFS, *et al.* Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(6):977-84.
15. Moreira CB, Bernardo EBR, Catunda HLO, Aquino PS, Santos MCL, Fernandes AFC. Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2013; 59(3):401-7.
16. Barbosa RM, Bezerra AK. Validação de um vídeo educativo para promoção do apego entre mãe soropositiva para HIV e seu filho. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):328-34.
17. Presse F. OMS recomenda duas vacinas contra HPV ao invés de três para prevenir câncer. *Correio Braziliense* 03 dez 2014. [acessado em 06 de janeiro de 2016]. Disponível em: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/mundo/2014/12/03/interna_mundo,460281/oms-recomenda-duas-vacinas-contra-hpv-ao-inves-de-tres-para-prevenir-cancer.shtml
18. Osis MJD, Duarte GA, Sousa MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(1):123-33.
19. Razera APR, Buetto LS, Lenza NFB, Sonobe HM. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. *Cienc Cuid Saúde.* 2014; 13(1):173-78.
20. Ferreira MVF, Godoy S, Góes FSN, Rossini FP, Andrade D. Lights, camera and action in the implementation of central venous catheter dressing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(6):1181-6.
21. Braga FTMM, Garbin LM, Marmol MT, Khouri VY, Vasques CI, Carvalho EC. Higiene bucal de pacientes em quimioterapia: construção e validação de um vídeo educativo. *Rev Enferm UFPE on line.* 2014; 8(10):3331-9.
22. Sousa RP, Miota FMCSC, Carvalho ABG. *Tecnologias digitais na educação.* Campina Grande: EDUEPB; 2011.
23. Moraes AF. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. *Interface.* 2008; 12(27):811-822.
24. Vallery LA, Roberts SA, Kitchener HC, Brabin L. Informing adolescents about human papillomavirus vaccination: What will parents allow? *Vaccine.* 2008 Mar; 26:2203-10.
25. Behar PA, Bernardi M, Silva KKA. Arquiteturas Pedagógicas para a Educação à Distância: construção e validação de um objeto de aprendizagem. *Revista Novas Tecnologias na Educação.* 2009; 7(1):1-10.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo validou o vídeo educacional "É hora de se proteger com a vacina do HPV" para adesão à vacinação do HPV, desenvolvido a partir das contribuições do público-alvo para o qual ele foi direcionado, além de profissionais da saúde, da educação e da área de produção de vídeo.

Este vídeo consiste em uma produção audiovisual diferenciada das demais ferramentas educacionais que falam sobre o assunto, pois foi elaborado a partir da escuta de representantes da população, na tentativa de identificar suas dúvidas e anseios e fornecer o *feedback* acerca de questões relacionadas ao imunobiológico.

Anteriormente à sua realização, no sentido de alicerçar esta dissertação, um estudo de revisão integrativa da literatura identificou diferentes tecnologias educacionais construídas e/ou utilizadas para levar o conhecimento sobre HPV e vacinação à população. Estas ferramentas serviram como elo entre educadores e educandos para facilitar a comunicação nas ações de educação em saúde, divulgar a temática e gerar mudanças de atitude e comportamento. A descoberta destes materiais permitiu que fosse desvelado os caminhos percorridos para sua elaboração e como ocorreu a sua empregabilidade em estudos experimentais e não-experimentais.

O vídeo, uma narrativa em formato de animação, abordou situações cotidianas relacionadas ao surgimento de questionamentos sobre a vacina, esclarecimento dos mesmos, a partir das informações adquiridas na escola e serviço de saúde, e tomada de decisão, buscando, dessa forma, incentivar meninas e pais para a vacinação contra o HPV.

A aplicação desse material educacional poderá ocorrer em pesquisas experimentais que comprovem sua eficácia, a exemplo de ensaios clínicos randomizados, como também nas atividades educativas realizadas por professores e profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, que está diretamente ligado à vacinação das meninas. Além disso, poderá contribuir para melhoria do conhecimento e aumento dos índices da imunização, atualmente reduzidos no Brasil e em outros países. A vacinação, aliada a outras estratégias de combate ao câncer de colo do útero, como técnicas de rastreamento para esta neoplasia, poderão refletir, posteriormente, na diminuição do número de casos da doença.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF); 2005.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia prático sobre o HPV: Perguntas e respostas. Brasília (DF); 2013.
3. Ministério da Saúde. Mortalidade-Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2015 Nov 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2014 [acesso em 2016 Fev 06]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF); 2009.
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília (DF); 2013.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. Câncer de colo de útero: a vacina para prevenção do HPV e o desafio para a melhoria da qualidade do rastreamento no Brasil. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde. 2011; 17:1-16.
8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Conversando com o pediatra: consulta pediátrica do escolar [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2014 [acesso em 2012 Nov 03]. Disponível em: http://www.conversandocomopediatra.com.br/paginas/escolar/consulta_pediatica_do_escolar_6_a_10_anos_incompletos.aspx
9. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Marco legal: saúde, um direito dos adolescentes. Brasília (DF); 2007.
10. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Vacinação da mulher: manual de orientação. São Paulo (SP); 2013.
11. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota informativa Nº 149, de 2015. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2016. Brasília (DF); 2015.
12. Fedrizzi EN. Epidemiologia da infecção genital pelo HPV. Rev Bras Pat Trato Gen Inf. 2011; 1(1):3-8.

13. Ramos MLM. Alterações citopatológicas ocasionadas pelo Papilomavírus humano (HPV) em adolescentes no Brasil. [Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Citologia Clínica]. Recife: Faculdade Boa Viagem; 2013.
14. Raposo C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? *Revista em Pauta*. 2009; 6(23):117-38.
15. Osís MJD, Duarte GA, Sousa MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014 ; 48(1):123-33.
16. Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(1):126-34.
17. Sousa LB, Pinheiro AKB, Barroso MGT. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(4):737-43.
18. Conti FS, Bortolin S, Külkamp IC. Educação e promoção à saúde: conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao Papilomavírus humano. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2006; 18(1):30-35.
19. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):551-7.
20. Roberto Neto A, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat EC. A prevenção do câncer do colo do útero e seu conhecimento por educadores de ensino fundamental. *FEMINA*. 2007; 35(10):643-49.
21. Fedrizzi EN. A desinformação sobre a vacina contra o HPV [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014 [acesso em 2014 Abr 19]. Disponível em: <http://projeto HPV.com.br/projeto HPV/>.
22. Ministério da Saúde. Estratégia de vacinação contra HPV, Coberturas vacinais 2014 e 2015 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2016 Jan 12]. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/index.asp>
23. Silva IGB. Adesão/grau de cumprimento das jovens à vacinação contra o vírus do papiloma humano no Centro de Saúde de Covilhã [dissertação de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2013.
24. Direção-Geral de Saúde, Divisão de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Alteração do esquema da vacina contra infecções por vírus do Papiloma humano (HPV). Lisboa; 2014.
25. Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)? Porto Alegre: Moriá; 2014.
26. Salvador PTCO, Oliveira RKM, Costa TD, Santos VEP, Tourinho FSV. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(1):111-7.

27. Costa PB, Chagas ACMA, Joventino ES, Dodt RCM, Oriá MOB, Ximenes LB. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. *Rev Rene*. 2013; 14:1160-7.
28. Sousa LB, Pinheiro AKB. Caracterização da produção brasileira de vídeos educativos sobre DST/HIV/Aids. *Rev Enferm UFPI*. 2012; 1(3):158-63.
29. Chapman E, Venkat P, Ko E, Orezza JP, Del Carmen M, Garner EI. Use of multimedia as an educational tool to improve human papillomavirus vaccine acceptability - a pilot study. *Ginecol Oncol*. 2010; 118(2):103-7.
30. Camilo VMB, Freitas FLS, Cunha VM, Castro RKS, Sherlock MSM, Pinheiro PNC, et al. Educação em saúde sobre DST/Aids com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional como instrumento. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2009; 21(3):124-28.
31. Sousa LB. Desenvolvimento, implementação e avaliação do impacto de uma tecnologia educativa para prevenção de DST/HIV/Aids em mulheres em união estável [tese de doutorado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2010.
32. Reis AAS, Monteiro CD, Paula LB, Santos RS, Saddi VA, Cruz AD. Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. *Cien Saúde Colet*. 2010; 15(1):1055-60.
33. Silva KL, Maia CC, Dias FLA, Vieira NFC, Pinheiro PNC. A educação em saúde junto aos adolescentes para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Min Enferm*. 2011; 15(4):607-11.
34. Kepka D, Coronado G, Rodriguez H. Evaluation of a radionovela to promote HPV vaccine awareness and knowledge among hispanic parents. *J Community Health*. 2011; 36(6):957-65.
35. Vallery LA, Roberts SA, Kitchener HC, Brabin L. Informing adolescents about human papillomavirus vaccination: What will parents allow? *Vaccine*. 2008 Mar; 26:2203-10.
36. Merzouk MD, Courtney P, Garrett-Albaugh S, Janoo J, Hobbs G, Vernon M. Knowledge of HPV in West Virginia High School Health Students and the Effects of an Educational Tool. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011; 24:278-81.
37. Krawczyk A, Lau E, Perez S, Delisle V, Amsel R, Rosberger Z. How to Inform: Comparing Written and Video Education Interventions to Increase Human Papillomavirus Knowledge and Vaccination Intentions in Young Adults. *J American College Health*. 2012 Mai-Jun; 60(4):316-21.
38. Humiston SG, Serwint JR, Szilagyi PG, Vincelli PA, Dhepyasuwan N, Rand CM, et al. Increasing Adolescent Immunization Rates in Primary Care: Strategies Physicians Use and Would Consider Implementing. *Clinical Pediatrics*. 2013 Abr; 52(8):710-20.

39. Kepka DL, Rodriguez HP, Thompson B. Development of a radionovela to promote HPV vaccine awareness and knowledge among latino parents. *Public Health Reports*. 2012 Jan-Feb; 127:130-8.
40. Thomas TL, Stephens DP, Blanchard B. Hip Hop, Health, and Human Papilloma Virus (HPV): Using Wireless Technology to Increase HPV Vaccination Uptake. *The Journal for Nurses Practitioners*. 2010; 6(6):464-70.
41. Kharbanda EO, Stockwell MS, Fox HW, Andres R, Lara M, Rickert VI. Text message reminders to promote human papillomavirus vaccination. *Vaccine*. 2011; 29:2537-41.
42. Tozzi AE, Buonomo PS, Atti MLC, Carloni E, Meloni M, Gamba F. Comparison of Quality of Internet Pages on Human Papillomavirus Immunization in Italian and in English. *J Adolesc Health*. 2010; 46:83-9.
43. Smalley HK, Keskinocak P, Engineer FG, Pickering LK. Universal Tool for Vaccine Scheduling: Applications for Children and Adults. *Interfaces*. 2011; 41(5):436-54.
44. Rosa AP, Delgado CG, Klip DF, González, Witlen R. Implicaciones éticas y sociales de la introducción de la vacuna contra el virus del Papiloma humano en México: reflexiones sobre una propuesta de intervención. *Acta Bioeth*. 2008; 14(2):157-65.
45. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
46. Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS. Intersetorialidade [Internet]. 2014 [acesso em 2014 Ago 30]. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/glossary/term/121>
47. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. *Passo a passo Programa Saúde na Escola*. Brasília (DF); 2011.
48. Sherris J, Friedman A, Wittet S, Davies P, Steben M, Saraiya M. Chapter 25: Education, training, and communication for HPV vaccines. *Vaccine*. 2006; 24 Suppl 3:S3/210-8.
49. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1):117-21.
50. Maciel MED. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4):773-6.
51. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1):200-6.
52. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto-Enferm*. 2007; 16(2):307-14.
53. Langdon EJ, Wilk FB. Antropologia, saúde e doença: um introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; 18(3):[09 telas].

54. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(1):55-60.
55. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
56. Nietzsche EA, Lima MGR, Rodrigues RGS, Teixeira JA, Oliveira BNB, Motta CA, et al. Tecnologias inovadoras no cuidado em enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(1):182-9.
57. Borsatto AZ, Vidal MLB, Rocha RCNP. Vacina contra o HPV e a prevenção do câncer do colo do útero: subsídios para a prática. *Rev Bras Cancerol*. 2011; 57(1):67-74.
58. Nadal SR, Manzione CR. Vacina Contra o Papilomavirus Humano. O Que é Preciso Saber? *Rev Bras Colo-Proctol*. 2010; 30(2): 237- 40.
59. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe técnico da vacina Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) 2015. Adaptado pelo Programa Estadual de Imunizações - RS. Brasília (DF); 2015.
60. Ministério da Saúde. SUS oferta vacinas contra HPV para meninas de 9 a 11 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2015 Jul 20]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/35256-sus-oferta-vacina-contrahpv-para-meninas-de-9-a-11-anos>
61. Sanches EB. Prevenção do HPV: a utilização da vacina nos serviços de saúde. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2010; 3(2):255-61.
62. Figueiredo GLA, Pina JC, Tonete VLP, Lima RAG, Mello DF. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(3):[08 telas].
63. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe técnico sobre a vacina Papilomavírus humano (HPV) na atenção básica. Brasília (DF); 2013.
64. Franco A. Vacinação contra HPV tem a escola como estratégia de imunização [Internet]. Petrolina; 2015 [atualizado em 2015 Mar 13; acesso em 2015 Nov 22]. Disponível em: <http://g1.globo.com/pe/petrolina-regiao/noticia/2015/03/vacinacao-contrahpv-tem-escola-como-estrategia-de-imunizacao.html>
65. Fajardo V. Vacina contra o HPV é oportunidade para a escola abordar educação sexual [Internet]. São Paulo; 2014 [atualizado em 2014 Mar 09; acesso em 2015 Nov 22]. Disponível em: <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2014/03/vacina-contrahpv-e-oportunidade-para-escola-abordar-educacao-sexual.html>
66. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990; Seção 1:018055.

67. Tinoco VA, Reis MMT, Freitas LN. O enfermeiro promovendo saúde como educador escolar: atuando em primeiros socorros. *Rev Transformar*. 2014; (6):104-13.
68. Barros JPP, Luz PCM. Saúde na escola: que discursos circulam entre profissionais de saúde e educação? *Rev Interinstitucional Artes de Educar*. 2015; 1(1):115-32.
69. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [lei na internet]. [acesso em 06 fev 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9394.htm
70. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília (DF); 1997.
71. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola 2014: Passo a passo para adesão. Brasília (DF); 2014.
72. Costa FS, Silva JLL, Diniz MIG. A importância da interface educação/saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde. *Informe-se em promoção da saúde*. 2008; 4(2):30-3.
73. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola. Brasília (DF); 2009.
74. Veraszto EV, Silva D, Miranda NA, Simon FO. Tecnologia: buscando uma definição para o conceito. *Prisma.com*. 2008; 7:60-85.
75. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1):113-6.
76. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
77. Nietzsche EA, Backes VMS, Colomé CLM, Ceratti RN, Ferraz F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(3):344-53.
78. Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)? Porto Alegre: Moriá; 2014.
79. Semeler AR, Rozados HBF. Imagem, informação e tecnologia: vídeo digital como objeto de estudo para a ciência da informação. *Informação & Informação*. 2013; 17(1):78-92.
80. Guimarães NV. Dicas para iniciar a produção de conteúdo em vídeo [Internet]. 2014 [acesso em 2015 Set 03]. Disponível em: <http://resultadosdigitais.com.br/blog/dicas-para-iniciar-a-producao-de-conteudo-em-video/>

81. Gomes LF. Vídeos didáticos: uma proposta de critérios para análise. *Rev Bras Est Pedag.* 2008; 89(223):447-92.
82. Moraes AF. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. *Interface.* 2008; 12 (27):811-22.
83. Moreira CB, Bernanrdo EBR, Catunda HLO, Aquino PS, Santos MCL, Fernandes AFC. Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce de câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2013; 59(3):401-7.
84. Kenski VM. Educação e tecnologias: O novo ritmo da informação. Campinas: Papyrus; 2007.
85. Ministério da Educação, TV Escola. Oficina de produção de vídeos. Brasília (DF); 2014.
86. Kindem G, Musburger RB. Introduction to media production: The path to digital media production. 4th. ed. Boston: Focal Press; 2009.
87. Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Produção de vídeo. Ribeirão Preto (SP); 2015.
88. Comparato D. Da criação ao roteiro: teoria e prática. São Paulo: Summus; 2009.
89. Instituto Claro. Miniguia de produção de vídeos de curtíssima metragem. Rio de Janeiro (RJ); 2008.
90. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enferm.* 2008; 17(4):758.
91. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein.* 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
92. Galvão CM, Mensdes KDS, Silveira RCCP. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Bravidelli MM. TCC-Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo: Látria; 2010.
93. Collucci C. Vacina que protege mulher de infecção pelo HPV é aprovada. Folha de S. Paulo [Internet]. 2006 [acesso em 2014 Nov 25]; Ago 29:[cerca de 1 p.]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u125413.shtml>
94. Ursi ES. Prevenção de lesões no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
95. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2):V.
96. Critical Appraisal Skills Programme. 10 questions to help you make sense of a review [Internet]. Oxford: Critical Appraisal Skills Programme; 2013 [acesso em 2014 Out 06].

Disponível em:

http://media.wix.com/ugd/dded87_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.pdf

97. Toledo MM, Takahashi RF, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):370-5.
98. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
99. Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology : beyond the basics.* 3rd. ed. United States of America: Jones & Bartlett Learning; 2012.
100. Banchs MA. Representaciones sociales en proceso: su análisis a través de grupos focales. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.* João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005.
101. Barbour R. *Grupos focais.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
102. Ministério da Saúde. Estratégia de vacinação contra HPV - 2015, Vacinômetro D1 e D2, Recife [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2016 Jan 18]. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_15_selecao.php
103. Prefeitura do Recife. Dados estatísticos e indicadores demográficos/2010 [Internet]. Recife: Prefeitura do Recife; 2014 [acesso em 2014 Nov 15]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/dados-estatisticos-e-indicadores-demograficos2010/>
104. Brasil. Lei nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade [lei na Internet]. [acesso em 21 mar 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm
105. Prefeitura do Recife. Serviços para o cidadão [Internet]. Recife: Prefeitura do Recife; 2015 [acesso em 2015 Dez 13]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/servicos/cidadao>
106. Governo do Estado de Pernambuco. Estabelecimentos de ensino [Internet]. Recife: Governo do Estado de Pernambuco; 2013 [acesso em 2015 Dez 13]. Disponível em: http://www.educacao.pe.gov.br/portal/upload/galeria/4324/rel_escolas_gre_recifesul.pdf
107. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas em saúde. *Physis.* 2009; 19(3):777-96.
108. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde.* 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

109. Ministério da Saúde. Vacinação contra o HPV - 2015 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2015 Mai 27]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/campanhas-publicitarias/15888-vacinacao-contra-o-hpv-2015-0>
110. Universidade Estadual de Londrina. A metodologia da problematização e sua etapas [online]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2015 [acesso 2015 Nov 27]. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/geeep/pages/sintese-das-discussoes/a-metodologia-da-problematizacao-e-suas-etapas.php>
111. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*. 2011; 35(4):438-42.
112. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*. 2003; 12(24):149-61.
113. Costa LA, Goldenberg P. Papilomavírus Humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. *Saúde Soc*. 2013; 22(1):249-61.
114. Nascimento MV, Souza I, Deus MSM, Peron A. O que sabem os adolescentes do ensino básico público sobre o HPV. *Semina*. 2013; 34(2):229-38.
115. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. *Weekly Epidemiological Record*. 2014; 89(43):465-92.
116. Organização Pan-Americana de Saúde. Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer de colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Washington (DC); 2013.
117. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vacinação contra o HPV no SUS. Brasília (DF); 2014.
118. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Informe técnico: Vacina contra o Papilomavírus humano (HPV). São Paulo (SP); 2014.
119. Governo do Estado da Bahia. Coordenação Estadual de Imunizações. Boletim Informativo de Vacinação contra HPV no SUS. Salvador (BA); 2014.
120. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Vacinação [Internet]. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul; 2015 [acesso em 2015 Ago 25]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/7880/?Vacina%C3%A7%C3%A3o>
121. Prefeitura de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Guia informativo sobre vacinação contra o HPV. Porto Alegre (RS); 2014.
122. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação*. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
123. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Res Bras Enferm*. 2012; 65(5):751-7.

124. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johson RM, editor. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott; 1994.
125. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiq Clín. 1998; 25(5):206-23.
126. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for Establishing the Accuray of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. Int J Nurs Knowl. 2012; 23(3):134-9.
127. Dodt RCM, Ximenes LB, Oriá MOB. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2):225-30.
128. Oliveira SC, Lopes MVO, Fernandes AFC. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. Rev Lat Am Enfermagem. 2014; 22(4):611-20.
129. Joventino ES. Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil [tese de doutorado]. Fortaleza : Universidade Federal do Ceará; 2013.
130. Sousa CS, Turrini RNT. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. Acta Paul Enferm. 2012; 25(6):990-6.
131. Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(1):205-12.
132. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching Patients with Low Literacy Skills. 2nd. ed. Philadelphia: JB Company; 1996.
133. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: are you sure ypu know what's being reported? Critique and recommendations. Rev Nurs Health. 2006; 29(5):489-97.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados dos estudos selecionados**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****1. IDENTIFICAÇÃO:**

TÍTULO DO ARTIGO	
TÍTULO DO PERIÓDICO	
AUTORES	
PAÍS	
IDIOMA	
ANO DE PUBLICAÇÃO	

2. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO:

HOSPITAL	
UNIVERSIDADE	
CENTRO DE PESQUISA	
INSTITUIÇÃO ÚNICA	
PESQUISA MULTICÊNTRICA	
OUTRAS INSTITUIÇÕES	
NÃO IDENTIFICA O LOCAL	

3. TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA:

PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM GERAL	
PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA	
PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM DE OUTRA ESPECIALIDADE	
PUBLICAÇÃO MÉDICA	
PUBLICAÇÃO DE OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE	

7. ANÁLISE	7.1 TRATAMENTO ESTATÍSTICO: 7.2 NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA:
8. IMPLICAÇÕES	8.1 AS CONCLUSÕES SÃO JUSTIFICADAS COM BASE NOS RESULTADOS: 8.2 QUAIS SÃO AS RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:
9. NÍVEL DE EVIDÊNCIA	

5. AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO:

CLAREZA NA IDENTIFICAÇÃO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO TEXTO (MÉTODO EMPREGADO, SUJEITOS PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO, INTERVENÇÃO, RESULTADOS)	
IDENTIFICAÇÃO DE LIMITAÇÕES OU VIÉSES	

APÊNDICE B - Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos estudos selecionados

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO

Questões	Considerações	Pontuação
1) O objetivo está claro e justificado?	() Menciona o objetivo () Menciona a relevância do estudo Comentários:	
2) O desenho metodológico é adequado?	() Os objetivos e o desenho metodológico são coerentes Comentários:	
3) Os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos	() Justifica-se a escolha do referencial, método () Menciona os procedimentos metodológicos Comentários:	
4) A amostra selecionada é adequada?	() Menciona os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra Comentários:	
5) A coleta de dados está detalhada?	() Menciona a forma como coletou os dados (entrevista, grupo focal, etc.) () Menciona a utilização de instrumento para a coleta de dados (questionário, roteiro, etc.) Comentários:	
6) A relação entre pesquisador e participantes foi considerada?	() O pesquisador é crítico sobre a sua atuação, identificando potencial de viés (na seleção da amostra, formulação de perguntas) () Indica ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	
7) Os aspectos éticos para pesquisa foram respeitados?	() Cita aprovação por comitê de ética () Cita autorização de participação por meio do termo de consentimento Comentários:	
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Os testes estatísticos são especificados?	() Menciona o processo de análise de dados () Menciona como identificou as categorias de análise () Os resultados indicam os achados Comentários	
9) Os resultados são apresentados e discutidos com propriedade?	() Menciona os resultados () Promove a conversa de seus resultados com o de outros pesquisadores () Os resultados tem a análise realizada	

	com base na questão do estudo Comentários:	
10) Qual o valor da pesquisa?	() Menciona a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, etc.) () Aponta novas questões de pesquisa Comentários:	
TOTAL		
CLASSIFICAÇÃO		() Nível A () Nível B

* Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) - Programa de habilidades em leitura crítica.© Milton Keynes Primary Care Trust 2013. All rights reserved.

APÊNDICE C - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores participantes do grupo focal

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

Convidamos você, após a autorização de seus pais ou responsáveis legais, para participar, como voluntária, da pesquisa intitulada Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavirus humano* (HPV). Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense, residente na rua Jacaúna, 354, apt. 06, Iputinga, Recife-PE, CEP: 50670-160, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 96751748/(81) 88496019 e meu endereço eletrônico é irisnarea@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes, com número de telefone (81) 99785931 e endereço eletrônico cmpontes18@gmail.com.

Caso este termo contenha alguma informação que você não entenda, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe passando as informações e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você concorde em participar da pesquisa, pedimos que rubrique as folhas e assine no fim do documento, que possui duas vias, uma será entregue a seus pais ou responsável legal e a outra ficará comigo.

Após a retirada de suas dúvidas, você terá a liberdade de decidir se irá participar ou recusar o convite. Caso você não aceite participar, não haverá prejuízo algum, pois essa é uma opção sua. Caso deseje participar, o seu responsável deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo esse consentimento ser retirado ou sua participação interrompida em qualquer momento, sem isso causar problema algum a você ou a essa pessoa.

O objetivo do estudo é criar um material educacional (como, por exemplo, uma cartilha) de fácil entendimento e confiável, que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde e professores em atividades direcionadas a meninas na faixa etária da imunização e pais para promover a adesão à vacinação contra o HPV. Para que ele seja construído, contamos com sua participação na etapa inicial da pesquisa, em que a coleta de dados será realizada através de grupos focais, que consiste em uma entrevista coletiva e terá a participação de dez a 12 meninas de nove a 13 anos. Nessa entrevista, as participantes apresentarão suas opiniões sobre o que o material deverá conter na presença de um mediador, que irá conduzir a

conversa, e de um observador, que fará os registros. Vocês também serão acompanhadas pelo diretor/coordenador de sua escola. O grupo terá a duração de aproximadamente uma hora e será realizado na sala de aula, em um único momento. Esse levantamento, juntamente com a realização de outros grupos focais compostos por pais, professores e profissionais da saúde e também de uma pesquisa feita pela mestranda sobre o assunto, servirão para a construção do material. Em seguida, ele será avaliado por profissionais especialistas da área e também por meninas, pais, professores e profissionais da área da tecnologia, para que as sugestões auxiliem na finalização da ferramenta educacional.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados com a presença na construção do material educacional. Para tentar reduzi-los, a participação se dará em local reservado e o levantamento dos dados será objetivo. Os benefícios estão relacionados à troca de conhecimentos entre os participantes durante a coleta de dados, além de proporcionar a elaboração de uma ferramenta que se torne referência para intervenções que promovam a educação em saúde, mantenha a adesão da população-alvo à vacinação contra o HPV e melhore a assistência à saúde no combate ao câncer de colo uterino.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de gravações ficarão armazenados em um computador pessoal, sob a responsabilidade da orientadora do estudo, no Departamento de Enfermagem/UFPE, por um período mínimo de cinco anos.

Nem você e nem seus pais ou responsáveis terão gastos para a sua participação na pesquisa. Não haverá pagamento algum em troca de sua contribuição com o estudo, pois é voluntária. Em casos de necessidade, as despesas com transporte e alimentação serão assumidas ou reembolsadas pelos pesquisadores. Se houver algum dano durante a realização do estudo, será garantida indenização, de acordo com decisão judicial ou extra-judicial.

Este documento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Assentimento da menor em participar da pesquisa como voluntária

Eu, _____, portadora do RG nº _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntária. Declaro que fui esclarecida pela pesquisadora responsável sobre a pesquisa, o que será feito e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso desistir a qualquer momento e que não terei prejuízo financeiro algum.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da voluntária em participar:

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes do grupo focal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavirus humano* (HPV). Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense, residente na rua Jacaúna, 354, apt. 06, Iputinga, Recife-PE, CEP: 50670-160, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 96751748/(81) 88496019 e meu endereço eletrônico é irisnarea@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes, com número de telefone (81) 99785931 e endereço eletrônico cmpontes18@gmail.com.

Caso este termo contenha alguma informação que você não entenda, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe passando as informações e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você concorde em participar da pesquisa, pedimos que rubrique as folhas e assine no fim do documento, que possui duas vias, uma lhe será entregue e a outra ficará comigo.

Se não aceitar participar do estudo, não haverá penalização alguma. Se concordar em participar, o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

O objetivo do estudo é criar um material educacional de fácil entendimento e confiável, que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde e professores em atividades direcionadas a meninas na faixa etária da imunização e pais para promover a adesão à vacinação contra o HPV. Para que ele seja construído, contamos com sua participação na etapa inicial da pesquisa, em que a coleta de dados será realizada através de grupos focais, que consiste em uma entrevista coletiva que será executada com dez a 12 meninas de nove a 13 anos, dez pais, dez professores e dez profissionais da saúde. Nessa entrevista, os participantes apresentarão suas opiniões sobre o que o material deverá conter na presença de um mediador, que irá conduzir a conversa, e de um observador, que fará os registros. O grupo terá a duração de aproximadamente uma hora e será realizado na sala de aula, em um único

momento. Esse levantamento, juntamente com a realização de uma pesquisa feita pela mestranda sobre o assunto, servirão para a construção do material. Em seguida, ele será avaliado por profissionais especialistas da área e também por meninas, pais, professores e profissionais da área da tecnologia, para que as sugestões auxiliem na finalização da ferramenta educacional.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados com a presença na construção do material educacional. Para tentar reduzi-los, a participação se dará em local reservado e o levantamento dos dados será objetivo. Os benefícios estão relacionados à troca de conhecimentos entre os participantes durante a coleta de dados, além de proporcionar a elaboração de uma ferramenta que se torne referência para intervenções que promovam a educação em saúde, mantenha a adesão da população-alvo à vacinação contra o HPV e melhore a assistência à saúde no combate ao câncer de colo uterino.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de gravações ficarão armazenados em um computador pessoal, sob a responsabilidade da orientadora do estudo, no Departamento de Enfermagem/UFPE, por um período mínimo de cinco anos.

Não haverá cobranças e nem pagamentos para a sua participação na pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em casos de necessidade, as despesas com transporte e alimentação serão assumidas ou reembolsadas pelos pesquisadores. Se houver algum dano durante a realização do estudo, será garantida indenização, de acordo com decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense

Consentimento da participação na pesquisa como voluntário (a)

Eu, _____, CPF nº _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e esclarecimento das dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntário (a). Declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do (a) voluntário (a) em participar:

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável legal da menor participante do grupo focal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O RESPONSÁVEL LEGAL DA MENOR PARTICIPANTE DO GRUPO FOCAL

Solicitamos a sua autorização para convidar a menor sob sua responsabilidade para participar, como voluntária, da pesquisa intitulada Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavirus humano* (HPV). Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense, residente na rua Jacaúna, 354, apt. 06, Iputinga, Recife-PE, CEP: 50670-160, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 96751748/(81) 88496019 e meu endereço eletrônico é irisnarea@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes, com número de telefone (81) 99785931 e endereço eletrônico cmpontes18@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que você não compreenda, as dúvidas poderão ser tiradas com a pessoa que está lhe passando as informações e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você decida que a menor participará da pesquisa, pedimos que rubrique as folhas e assine no fim do documento, que possui duas vias, uma lhe será entregue e a outra ficará comigo.

Se não aceitar, não haverá penalização alguma nem para o (a) Sr. (a) nem para a voluntária sob sua responsabilidade, como também será possível retirar o consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade.

O objetivo do estudo é criar um material educacional de fácil entendimento e confiável, que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde e professores em atividades direcionadas a meninas na faixa etária da imunização e pais para promover a adesão à vacinação contra o HPV. Para que ele seja construído, contamos com a participação da menor na etapa inicial da pesquisa, em que a coleta de dados será realizada através de grupos focais, que consiste em uma entrevista coletiva e terá a participação de dez a 12 meninas de nove a 13 anos. Nessa entrevista, as participantes apresentarão suas opiniões sobre o que o material deverá conter na presença de um mediador, que irá conduzir a conversa, e de um observador, que fará os registros. Na ocasião, a menor será acompanhada pelo diretor/coordenador de sua escola. O grupo terá a duração de aproximadamente uma hora e será realizado na sala de aula,

em um único momento. Esse levantamento, juntamente com a realização de outros grupos focais compostos por pais, professores e profissionais da saúde e também de uma pesquisa feita pela mestranda sobre o assunto, servirão para a construção do material. Em seguida, ele será avaliado por profissionais especialistas da área e também por meninas, pais, professores e profissionais da área da tecnologia, para que as sugestões auxiliem na finalização da ferramenta educacional.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados com a presença da menor na construção do material educacional. Para tentar reduzi-los, a participação se dará em local reservado e o levantamento dos dados será objetivo. Os benefícios estão relacionados à troca de conhecimentos entre os participantes durante a coleta de dados, além de proporcionar a elaboração de uma ferramenta que se torne referência para intervenções que promovam a educação em saúde, mantenha a adesão da população-alvo à vacinação contra o HPV e melhore a assistência à saúde no combate ao câncer de colo uterino.

As informações da pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo a identificação da voluntária, exceto entre os responsáveis pelo estudo, assegurando-se o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados por meio de gravações ficarão armazenados em um computador pessoal, sob a responsabilidade da orientadora do estudo, no Departamento de Enfermagem/UFPE, por um período mínimo de cinco anos.

O (a) Sr. (a) não terá gastos com a participação da menor e nem receberá pagamento algum em troca disso, pois isso deverá dar-se de forma voluntária. Em casos de necessidade, as despesas com transporte e alimentação serão assumidas ou reembolsadas pelos pesquisadores. Se houver algum dano durante a realização do estudo, será garantida indenização, de acordo com decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Consentimento do responsável para participação da voluntária

Eu, _____, CPF nº _____, abaixo assinado, responsável pela menor _____, autorizo a sua participação na pesquisa acima referida, como voluntária. Declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios decorrentes de sua participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade para mim ou para a menor em questão.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do (a) responsável para a participação da menor:

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

APÊNDICE F - Instrumento de coleta de dados para caracterização de escolares e adolescentes

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DE ESCOLARES E ADOLESCENTES

Nº instrumento: _____

1. Dados sociodemográficos

1.1 Idade: _____ anos

1.2 Estado civil: () Solteira () Casada () Viúva () União estável
() Separada () Outros

1.3 Como classifica sua cor:

() Branca () Negra () Indígena
() Parda () Amarela () Não sabe/não lembra

1.4 Escolaridade: _____ anos completos de estudo

1.5 Trabalha: () SIM () NÃO Se SIM: () Trabalho formal
() Trabalho informal

1.6 Ocupação/profissão: _____

1.7 Número de pessoas residente em seu domicílio: _____

1.8 Mora com: () Pai e mãe () Pai () Companheiro
() Mãe () Outro responsável () Outros

1.9 Renda familiar: () Menos de 1 SM () De 3 a 4 SM
() De 1 a 2 SM () 5 SM ou mais

2. História sexual e reprodutiva

2.1 Idade da primeira menstruação: _____ anos

2.2 Se vida sexual ativa, idade da primeira relação sexual: _____ anos

2.3 Realizou consulta ginecológica: () SIM () NÃO

2.4 Fez exame citopatológico: () SIM () NÃO Se SIM, período: _____

2.5 Número de filhos: _____

2.6 Idade na primeira gestação: _____

2.7 Idade na última gestação: _____

2.8 Amamentou: () SIM () NÃO

2.9 Ocorrência de aborto: () SIM () NÃO Se SIM, quantos: _____

APÊNDICE G - Instrumento de coleta de dados para caracterização dos pais, professores, profissionais da saúde e da área da tecnologia educacional

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS, PROFESSORES, PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA ÁREA DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Nº instrumento: _____

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () União estável
() Separado(a) () Outros

4. Escolaridade: () Não sabe ler e escrever () Superior incompleto
() Fundamental incompleto () Superior completo
() Fundamental completo () Especialização
() Médio incompleto () Mestrado
() Médio completo () Doutorado

5. Condição de trabalho: () Trabalho formal () Trabalho informal () Não trabalha

6. Ocupação/profissão: _____

7. Qual a disciplina que ministra (se professor): _____

8. Renda familiar: () Menos de 1 SM
() De 1 a 2 SM
() De 3 a 4 SM
() 5 SM ou mais

9. Total de pessoas residentes no domicílio: _____

10. Número de filhos: _____ (M _____ F _____)

11. Idade dos filhos: _____

APÊNDICE H - Roteiro para realização dos grupos focais

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCALIS

Tema: HPV e vacinação

Questão-chave 1: O que vocês sabem sobre o *Papilomavírus humano* (HPV)?

Questão-chave 2: O que vocês sabem sobre a vacina contra o HPV?

Questão-chave 3: De que maneira vocês poderiam incentivar as pessoas a tomarem a vacina contra o HPV?

Questão-chave 4: Qual a opinião de vocês sobre as ações educativas usadas para falar sobre essa vacina? Que tipo de material educacional vocês indicariam para ser utilizado nestas ações?

Questão-chave 5: Como vocês gostariam que a vacina contra o HPV fosse abordada no material educacional?

APÊNDICE I - Referencial teórico sobre HPV e vacinação

REFERENCIAL TEÓRICO

HPV E VACINAÇÃO

- **Papilomavírus humano (HPV)**

O HPV é uma sigla em inglês para Papilomavírus humano. É formado por um conjunto de vírus, seres muito simples e pequenos que atacam células sadias da pele e mucosas. Existem muitos tipos diferentes HPV e alguns deles provocam lesões no trato genital de homens e mulheres e podem levar ao desenvolvimento de alguns cânceres nas regiões genital e anal. Depois do tabaco, é considerado o maior carcinógeno, responsável por 5% dos cânceres. Eles podem ser divididos em dois grupos importantes:

- HPV de alto risco (como por exemplo os tipos 16 e 18): associados ao câncer genital, como o câncer de colo do útero;
- HPV de baixo risco (como por exemplo os tipos 6 e 11): associados a lesões benignas, como as verrugas genitais.

- **Transmissão do HPV**

O HPV é transmitido no contato direto com pele ou mucosas infectadas durante a relação sexual ou durante o parto, da mãe para o filho. Como o vírus é altamente contagioso, é possível contaminar-se em uma única exposição. Algumas pessoas são portadoras do HPV e não apresentam sinais ou sintomas, mas podem transmiti-lo.

- **Lesões provocadas pelo HPV**

Em algumas situações o HPV não provoca lesões, podendo permanecer no organismo durante anos sem se manifestar. Já em outros casos, o vírus pode se alojar por anos e levar ao desenvolvimento de verrugas genitais, lesões pré-malignas (ou lesões precursoras do câncer) e também lesões malignas que caracterizam o câncer localizadas no colo do útero, vagina, vulva, pênis, ânus e orofaringe.

- **Câncer de colo do útero**

Muitos casos de câncer de colo do útero são provocados pelos tipos de HPV 16 e 18. Esses vírus penetram nas células presentes na porção inferior do útero, chamada de colo, e provocam alterações em seu funcionamento, fazendo com que se transformem em células cancerígenas. Quando o câncer chega em um estágio avançado, podem aparecer sangramento vaginal, corrimento e dor. Esse processo é lento, podendo levar de 10 a 15 anos.

O câncer de colo do útero é uma doença grave que pode comprometer a vida das mulheres e levar à morte. No Brasil, ele atinge muitas delas e a cada ano aumenta o número de casos, pois está presente principalmente nos países em desenvolvimento. Esse câncer costuma aparecer nessa população entre 35 e 55 anos, indicando que foram expostas ao vírus na adolescência ou perto dos 20 anos. Mesmo com a elevada incidência, a neoplasia apresenta forte potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

- **Deteção do HPV e formas de prevenir a infecção pelo vírus**

O exame de Papanicolau auxilia na detecção de células anormais do revestimento do colo do útero, que podem ser tratadas antes de evoluir para o câncer. O Ministério da Saúde recomenda que ele seja feito preferencialmente em mulheres de 25 a 64 anos de idade, que iniciaram a atividade sexual. A identificação das verrugas genitais pode ser feita através do exame clínico com o profissional de saúde.

Existem algumas medidas de prevenção que evitam a contaminação pelo vírus. Uma delas é o uso de preservativo (camisinha) nas relações sexuais. É possível que durante o seu uso algumas lesões fiquem descobertas e não sejam protegidas. Também se recomenda que se evite ter muitos parceiros sexuais, seja mantida uma boa higiene pessoal e administrada a vacina contra o vírus. A vacina contra o HPV é segura e altamente eficaz na prevenção contra o câncer de colo do útero e outras doenças associadas aos tipos de HPV contidos na vacina. É importante lembrar que a vacinação não é um tipo de tratamento, pois não combate a infecção já existente, e que não substitui a realização do exame de Papanicolau ou o uso de preservativos.

- **Vacinação contra o HPV**

Existem duas vacinas desenvolvidas e registradas no Brasil. Uma delas, a quadrivalente recombinante, protege contra quatro tipos de HPV (6, 11, 16 e 18), enquanto a bivalente protege apenas contra os tipos 16 e 18. A primeira tem indicação para homens e mulheres entre nove e 26 anos de idade. A segunda é indicada para mulheres a partir de nove anos de idade, sem restrição. Não é recomendado a troca do tipo de vacina após o início do esquema vacinal e nem a imunização com as duas vacinas de forma sequencial (uma após a outra). Sua administração antes ou depois de vacinas vivas ou inativadas é permitida porque não contém vírus vivo.

A vacina irá estimular a produção de anticorpos para cada tipo de vírus. A proteção irá depender da quantidade de anticorpos produzidos pela pessoa imunizada, a presença deles no local da infecção e sua persistência ao longo do tempo. Ela confere maior proteção e está indicada para quem nunca teve contato com o vírus, pois a produção de anticorpos é dez vezes maior do que aquela provocada pela infecção natural pelo HPV.

Embora muito eficazes, as vacinas não incluem todos os tipos de vírus relacionados ao câncer cervical. Assim, elas oferecem apenas proteção parcial, justificando a necessidade de realizar o exame Papanicolau regularmente, inclusive nas mulheres vacinadas. A duração da imunidade conferida pela vacina ainda não foi determinada, principalmente pelo pouco tempo em que é comercializada no mundo (2007). Até o momento, só é conhecido 9,4 anos de proteção.

A partir de março de 2014, o Ministério da Saúde passou a disponibilizar junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no Programa Nacional de Imunizações (PNI), uma das vacinas contra o HPV. As estratégias vacinação incluem a oferta do imunobiológico em serviços de saúde e em escolas públicas e privadas.

Cada dose da vacina tem um custo de R\$ 31,02, sendo este o menor preço do mercado, sendo realizada a aquisição de 15 milhões de doses em 2014. Ao longo de cinco anos, estima-se que serão adquiridas 41 milhões de doses da vacina.

- **População-alvo**

Como o principal objetivo da vacinação contra o HPV no Brasil é a prevenção do câncer de colo do útero, a população que deverá ser atingida é a de meninas de nove a 13 anos, conforme cronograma do Ministério da Saúde:

Ano	População-alvo
-----	----------------

2014	Meninas de 11 a 13 anos
2015	Meninas de nove a 13 anos
2016	Meninas de nove anos

A meta é que seja vacinada 80% dessa população, o que corresponde a 4,94 milhões de meninas na faixa etária recomendada. A cobertura da faixa etária de nove a 13 anos é defendida em estudos que evidenciam que esse é o melhor momento para a vacinação (antes do início da atividade sexual e durante a época de administração de outras vacinas).

A justificativa para não incluir os meninos na vacinação se dá existirem estudos que mostram que eles passam a ser protegidos indiretamente com a imunização feminina (imunidade de rebanho), diminuindo a transmissão dos vírus que ocasionam as verrugas genitais.

- **Esquema vacinal**

O esquema vacinal estendido foi implantado no Brasil e adotado também por outros países. A decisão foi tomada a partir da recomendação do Grupo Técnico Assessor de Imunizações da Organização Pan-Americana de Saúde (TAG/OPAS). Ele consiste em três doses, em que há um intervalo de seis meses entre a primeira e a segunda doses e a realização da terceira dose após cinco anos da primeira. Dessa forma, o maior intervalo entre a segunda e terceira dose pode proporcionar uma resposta imunológica mais potente para que no futuro estudos de avaliação apontem a redução da prevalência do HPV e diminuição da incidência e mortalidade pelo câncer de colo do útero.

Dose	Período
1ª dose	Dia 0
2ª dose	Seis meses após a primeira
3ª dose	Cinco anos após a primeira

No caso de o intervalo entre as doses não ser cumprido, a vacinação deverá ter continuidade, não sendo preciso repetir a dose já administrada.

Não se sabe, exatamente, por quanto tempo a vacina confere proteção às mulheres após a realização do esquema vacinal de três doses, mas estima-se que seja uma proteção

duradoura (de dez a 20 anos). O que se descobriu é que até o momento uma dose de reforço não é necessária.

- **Administração da vacina**

A vacina contra o HPV administrada no Sistema Único de Saúde é a quadrivalente recombinante, que protege contra os vírus 6, 11, 16 e 18. Ela é produzida por uma parceria entre dois laboratórios do Brasil e foi testada e aprovada antes de ser ofertada à população. Vem pronta para ser utilizada. No posto de saúde, é guardada em salas climatizadas que promovem a conservação. Sua aplicação deve ser feita sempre na musculatura do braço, devendo a menina permanecer sentada e ser observada por 15 minutos após a dose.

A vacinação deve ser adiada em casos de doença febril aguda grave e/ou doenças agudas intensas ou moderadas. Ela poderá ser administrada com precaução em meninas com trombocitopenia ou outro distúrbio de coagulação, pelo risco de sangramento ou hematoma após a introdução do líquido. Nos casos de imunossupressão provocada por doenças ou medicamentos, a imunização não é contraindicada. A vacina também pode ser feita em lactantes.

A contraindicação é conhecida para os casos de hipersensibilidade ao princípio ativo ou excipientes da vacina, história de hipersensibilidade imediata grave a levedura, desenvolvimento de hipersensibilidade grave após administração de dose da vacina e gravidez. Se a gestante iniciou o esquema, ele deve ser interrompido e retomado no período pós-parto.

A administração da vacina nas unidades básicas de saúde não requer a autorização ou acompanhamento dos pais ou responsáveis, enquanto nas escolas, se não houver autorização dos mesmos, deve ser preenchido o Termo de Recusa de Vacinação contra HPV, de posse da escola da menor e que deverá ser encaminhado à unidade de saúde de referência.

- **Eventos adversos**

Ao serem vacinadas, algumas meninas podem apresentar eventos adversos associados à vacina. Todos eles devem ser notificados e investigados. Os que forem considerados graves deverão ser comunicados dentro de 24 horas. Podem ser classificados em locais e sistêmicos:

Tipo de evento adverso	Principais sinais e sintomas
------------------------	------------------------------

Reações locais	Dor, inchaço e vermelhidão de intensidade variável no local da aplicação.
Manifestações sistêmicas	Dor de cabeça, febre de 38°C ou mais e desmaio.

- **Monitoramento pós vacinação**

A avaliação da vacinação requer a realização de estudos de em diferentes períodos, conforme mostra o quadro a seguir:

Prazo após a introdução	Avaliação primária	Avaliação complementar
Curto (5 a 10 anos)	- Prevalência de genótipos HPV em adolescentes sexualmente ativos - Avaliação da adesão à vacinação contra o vírus do HPV	- Prevalência de verrugas genitais
Médio (10 a 15 anos)	- Prevalência de lesões pré-cancerosas (com ajuste por cobertura de rastreamento) - Prevalência de genótipos de HPV em lesões precursoras	- Cobertura de rastreamento - Positividade das provas de rastreamento
Longo (20 anos ou mais)	- Incidência/mortalidade de câncer do colo uterino - Prevalência de genótipos de HPV em câncer invasor	- Incidência de outros cânceres por HPV - Cobertura de rastreamento - Seguimento de mulheres com provas positivas de rastreamento

APÊNDICE J - Roteiro do vídeo educacional "É hora de se proteger com a vacina do HPV"

ROTEIRO PARA CONSTRUÇÃO DE VÍDEO EDUCACIONAL

"É hora de se proteger com a vacina do HPV"

Por Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense e Cleide Maria Pontes

ELEMENTOS DO ROTEIRO

1. IDEIA

Construir um vídeo educacional que promova a adesão à vacinação contra o HPV, direcionado a meninas de nove a 13 anos e pais.

2. STORY LINE (*Conflito*)

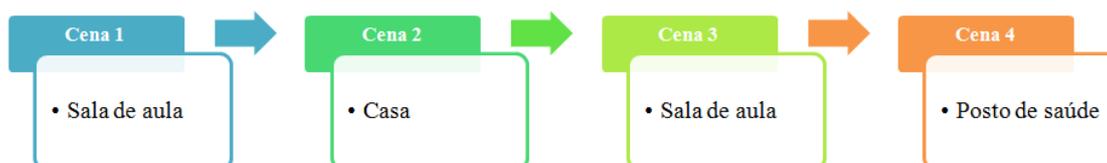
Uma menina de 11 anos busca informações sobre a vacina do HPV em diversas fontes: amigos, pais, escola e serviço de saúde, ao escutar o convite de sua professora para uma conversa com familiares. Após ser esclarecida sobre o imunobiológico, juntamente com os seus pais, ela decide tomar a vacina contra o vírus HPV e recebe a primeira dose do esquema vacinal.

3. SINOPSE (*Argumento*)

A história começa na sala de aula, onde a professora Cristina convida os pais de meninas de nove a 13 anos para dialogar sobre a vacina do HPV. A partir daí, Mariana (com 11 anos) e Camila (com nove anos) conversam sobre o assunto. Camila foi vacinada, mas não consegue esclarecer as dúvidas de Mariana. Então, conforme o pedido da professora, Mariana tem a ideia de levar seus pais à escola no dia seguinte para que todos se informem sobre a vacinação. Ao chegar em casa, Mariana fala com seus pais, seu João e dona Sueli, sobre o imunobiológico e os convida para ir à escola. No outro dia, a professora Cristina recebe a família e aborda aspectos relacionados ao vírus e à proteção que a vacina confere. Em seguida, Mariana e seus pais vão ao posto de saúde para a administração da primeira dose da

vacina contra o HPV. A enfermeira Lúcia repassa mais alguns informes e a vacina é aplicada. Ao final, Mariana deixa uma mensagem de incentivo às meninas para a vacinação e alerta os pais para a proteção de suas filhas.

4. ESTRUTURA (*Ação dramática*)



Cena 1: A professora Cristina faz um comunicado às crianças, antes da aula, para que os pais de meninas de nove a 13 anos compareçam à escola para se informarem sobre a vacinação contra o HPV. Logo após esse comunicado, Mariana e Camila conversam sobre o assunto. Mariana tem dúvidas sobre a finalidade e se deve tomar a vacina. Camila diz que a mãe a levou ao posto para se vacinar. Mariana diz que vai conversar com seus pais para ir à escola buscar informações sobre a vacina. Elas estão vestidas com o uniforme da escola. Outras crianças conversam paralelamente neste momento. As duas meninas não demonstram inquietação.

Cena 2: Mariana, que ainda não tomou a vacina, fala com seus pais, seu João e dona Sueli, para irem à escola se informar sobre a vacinação contra o HPV, a convite da professora Cristina. Ela diz que sua amiga Camila tomou a vacina, mas ela ainda não foi vacinada. Eles concordam em ir juntos conversar com a professora no dia seguinte. Os pais demonstram desconforto em ter que falar sobre este assunto na escola, mas acabam optando por saber mais a respeito da nova vacina para decidir sobre a imunização de sua filha Mariana.

Cena 3: Mariana e seus pais procuram a professora Cristina para esclarecimento de dúvidas. Estão muito curiosos sobre a vacina e receosos para permitir a vacinação de sua filha. A professora mostra-se disponível para atendê-los. Todos são informados sobre o HPV e formas de prevenção do câncer de colo do útero. Os pais saem para o posto de saúde decididos a vacinar Mariana.

Cena 4: A enfermeira Lúcia recebe seu João, dona Sueli e Mariana na unidade de saúde para a vacinação. A enfermeira fala a respeito de alguns informes sobre a vacina antes de administrar. A vacina é aplicada e a família sai satisfeita e orientada sobre o imunobiológico. A menina deixa uma mensagem final, incentivando à imunização contra o HPV.

5. PRIMEIRO ROTEIRO (*Tempo dramático*)

Corresponde ao roteiro inicial, utilizado para gravação da primeira versão do vídeo educacional, constituído por:

- Abertura (Duração: 00:00:08)
- Cena 1: Pátio da escola (Duração: 00:01:52)
- Cena 2: Casa (Duração: 00:01:22)
- Cena 3: Sala de aula (Duração: 00:03:52)
- Cena 4: Posto de saúde (Duração: 00:03:46)

6. ROTEIRO FINAL (*Unidade dramática*)

Corresponde ao roteiro utilizado para gravação da versão final do vídeo educacional, após as modificações realizadas a partir das sugestões oriundas das etapas de validação de conteúdo e aparência.

Abertura (Duração: 00:00:15)

Pergunta: Você conhece a vacina do HPV?

Título do vídeo no canto esquerdo da tela, com áudio e imagem de Mariana apontando e dançando.

ÁUDIO: Música com som simultâneo à imagem, baixando gradativamente.

Corta para:

Cena 1: Pátio da escola (Duração: 00:01:32)

Plano conjunto, destacando os alunos e a professora Cristina na sala de aula.

MARIANA: Gente, a professora Cristina vai falar!

PROFESSORA CRISTINA: Bom dia, pessoal! Eu quero deixar um recado. É um convite para os pais de meninas de nove a 13 anos comparecerem à escola para conversar com os professores sobre a vacinação contra o HPV. Lembrem-se de avisá-los. Aguardamos a visita de todos os pais. Boa aula para todo mundo!

A sirene toca (áudio), indicando que é hora dos alunos irem para o intervalo.

Close em Mariana e Camila. Elas começam a conversar (áudio de crianças conversando ao fundo).

MARIANA (curiosa): Camila, essa vacina é nova? Você sabe para que serve? Eu tenho onze anos. Será que eu posso tomar?

CAMILA: Mariana, eu vi na internet. É a vacina do HPV. Ela protege de uma doença que a gente pode ter quando ficar mais velha, chamada câncer de colo do útero. Minha mãe me levou ao posto essa semana para a enfermeira aplicar a vacina porque eu tenho nove anos. É melhor perguntar aos seus pais se você pode tomar essa vacina.

MARIANA: Vou falar com eles. E como foi a aplicação?

CAMILA: Foi bem rápida. Apenas levei uma furadinha no braço.

MARIANA: Você sabe o que é HPV?

CAMILA (expressão facial de dúvida) : Hum... Eu não sei.

MARIANA: Por que esse aviso da professora é apenas para pais de meninas de nove a 13 anos? Será que os pais dos meninos também não podem vir à escola se informar?

CAMILA: Não entendi. Acho melhor tirar as dúvidas com o pessoal aqui na escola.

MARIANA: É isso mesmo! Como os professores estão falando sobre essa vacina, vou trazer meu pai e minha mãe aqui na escola amanhã. Vamos!

Cena 2: Casa (Duração: 00:01:19)

Plano conjunto, mostrando a interação entre Mariana, Juca, seu João e dona Sueli no ambiente domiciliar (áudio de um telejornal ao fundo, sobressaindo-se o som da conversa entre as personagens, simulando um momento em família noturno).

MARIANA (entusiasmada): Pai, mãe, será que a gente poderia ir à escola amanhã para buscar informações sobre uma vacina nova que estão aplicando lá no posto? Eu tenho onze anos e não sei se posso tomar. A professora Cristina fez o convite aos pais de meninas de nove a 13 anos, para conversar sobre essa vacina.

DONA SUELI: Sim! Amanhã vamos até a escola falar com a sua professora! Vou procurar seu cartão de vacinação para levar. Por que chamaram os pais de meninas com essa idade? E as outras meninas?

MARIANA: Eu também quero saber, mãe.

SEU JOÃO (receoso): Que vacina é essa, filha? Será que você precisa mesmo tomar?

MARIANA: Pai, é a vacina contra o HPV. Ela serve para proteger do câncer de colo do útero. A gente só vai descobrir algumas informações sobre essa vacina se falar com a professora, não é?

DONA SUELI (curiosa): E o que é HPV?

Corta para:

Imagem de dona Sueli pensando, com balão contendo desenhos sugerindo pequenos organismos fazendo caretas.

MARIANA: Eu sei que a vacina protege contra o HPV.

SEU JOÃO: E seu irmão Juca, que tem 13 anos, será que ele não pode tomar essa vacina também?

MARIANA (pensativa): Boa pergunta, pai. Eu não sei lhe responder. Mas, a professora Cristina sabe responder.

SEU JOÃO: Então, amanhã cedo, antes de ir para o trabalho, eu, você e sua mãe iremos até a escola para se informar sobre essa vacina.

Cena 3: Sala de aula (Duração: 00:03:46)

Plano conjunto, mostrando a interação entre Mariana, seu João, dona Sueli e a professora Cristina na sala de aula (áudio de crianças brincando ao fundo, sobressaindo-se o som da conversa entre as personagens).

MARIANA: Olá professora, bom dia! Estes são meus pais: João e Sueli. A gente queria saber sobre essa vacina do HPV, que estão aplicando nas meninas lá no posto. A senhora poderia falar um pouco sobre a vacina para nós?

PROFESSORA CRISTINA (com simpatia): Sim! Essa vacina começou a ser disponibilizada na rede pública de saúde desde 2014, é grátis para meninas de nove a 13 anos nas escolas e nos postos de saúde. A vacina serve para combater um vírus chamado HPV, cujo nome completo é *Papilomavírus humano*. Os vírus são seres muito simples e pequenos que atacam células sadias do nosso corpo.

Corta para:

Imagem dos vírus se proliferando e atacando as células.

SEU JOÃO (curioso): Professora, como se pega esse HPV, o *Papilomavírus humano*?

PROFESSORA CRISTINA: O HPV é transmitido na relação sexual. A pessoa se contamina quando as células normais têm contato com feridas provocadas pelo vírus na região do pênis, vagina ou ânus. Também existem casos em que a transmissão acontece na hora do parto. Em algumas situações o HPV não aparece em forma de ferida e permanece no organismo durante anos sem se manifestar.

DONA SUELI: Isso pode ser perigoso porque a pessoa não sabe se está com o vírus dentro dela?

PROFESSORA CRISTINA: É sim, dona Sueli. Na mulher, se o vírus conseguir se instalar e não for descoberto pode fazer com que dentro do corpo dela se desenvolva o câncer de colo do útero depois de alguns anos. No homem, o HPV pode levar ao aparecimento do câncer de pênis. Por isso é aconselhável que a vacinação seja realizada antes da primeira relação sexual, para deixar a pessoa protegida contra essas doenças.

DONA SUELI: Hum! Lembrei agora de dona Tereza, uma conhecida minha da feira, que teve câncer de colo do útero. Ela sofreu muito com esse problema.

Corta para:

Imagem de dona Tereza no leito com o semblante triste e a família chorando, remetendo a uma mulher acometida por alguma enfermidade.

SEU JOÃO (tímido): Essa vacina é para que minha filha inicie a atividade sexual?

Corta para:

Imagem de uma interrogação grande.

PROFESSORA CRISTINA: Seu João, a vacina do HPV, em meninas entre nove e 13 anos, é para protegê-las do *Papilomavírus humano*, antes do início da vida sexual. Essa faixa etária é considerada ideal, pelo Ministério da Saúde, para a aplicação da vacina.

SEU JOÃO: Entendi agora! É proteção para a minha filha!

MARIANA: Como a vacina destrói esse vírus e protege a mulher, professora?

PROFESSORA CRISTINA: A vacina faz com que seu corpo produza uma defesa natural para combater o vírus e protege a mulher do câncer de colo do útero.

SEU JOÃO: Os meninos também tomam essa vacina? Meu filho Juca tem 13 anos. Ele pode tomar?

Corta para:

Imagem de seu João pensando, com balão contendo uma seringa com uma agulha grande e Juca chorando enquanto a professora fala (áudio com música, a ser definida, que transmite a sensação de medo).

PROFESSORA CRISTINA: Sim. Os meninos podem ser vacinados nas clínicas particulares, mas a vacina é paga. O senhor pode vacinar o seu filho. No serviço público, a vacinação não está disponível para os meninos porque o objetivo é combater o câncer de colo do útero.

MARIANA (satisfeita): Professora, essa conversa foi muito boa. Agora a gente aprendeu sobre o HPV e descobriu porque a vacina é importante.

DONA SUELI: Vamos João, levar Mariana no posto para se vacinar. Obrigada, professora!

MARIANA: Vamos sim!

SEU JOÃO: Muito obrigado, professora!

PROFESSORA CRISTINA: Espero ter ajudado. Tchau, tchau!

Cena 4: Posto de saúde (Duração: 00:03:04)

Plano conjunto, mostrando a interação entre Mariana, seu João, dona Sueli e a enfermeira Lúcia no serviço de saúde (áudio de pessoas conversando paralelamente, sobressaindo-se o som da conversa entre as personagens).

SEU JOÃO (animado): Enfermeira, bom dia! Mariana está aqui para tomar a vacina do HPV.

ENFERMEIRA LÚCIA: Olá, eu sou a enfermeira Lúcia.

MARIANA (ar de riso): Meus pais não estavam com muita vontade de vir ao posto. Mas, depois que conversamos com a professora Cristina, a vontade deles mudou.

ENFERMEIRA LÚCIA (solícita): Bom dia, pessoal! Muito bem! Vocês estão fazendo a coisa certa! Nós temos essa vacina aqui no posto. Ela protege contra quatro tipos de HPV, inclusive aqueles que provocam o câncer de colo do útero. Vocês já ouviram alguma coisa sobre essa doença?

DONA SUELI (atenta): Sim, a professora Cristina falou para a gente na escola. Você poderia falar um pouco mais sobre a vacina para nós?

ENFERMEIRA LÚCIA: Claro! Esse tipo de câncer, o câncer de colo do útero, é uma doença grave que pode comprometer a vida das mulheres e levar à morte. No Brasil, a cada ano aumenta o número dessa doença. O câncer ocorre quando o HPV atinge o colo do útero e provoca alterações.

Corta para:

Imagem do útero, destacando a localização do colo do útero.

ENFERMEIRA LÚCIA: Se o câncer de colo do útero for identificado cedo, as chances de prevenção e cura são altas.

SEU JOÃO: A prevenção do câncer de colo do útero é somente com a vacina?

ENFERMEIRA LÚCIA: Boa pergunta, seu João. A prevenção também é feita com o uso de preservativos masculinos e femininos durante a relação sexual, que impedem a transmissão do vírus.

Corta para:

Imagens com preservativo masculino e preservativo feminino.

DONA SUELI: Como se faz para saber se tem o câncer de colo do útero?

ENFERMEIRA LÚCIA: A mulher precisa fazer um exame chamado Papanicolau regularmente, no posto de saúde. Mas atenção: Deve-se tomar a vacina, usar o preservativo e fazer o Papanicolau! Assim, a proteção contra o câncer de colo de útero estará completa.

SEU JOÃO: Onde essa vacina é fabricada?

ENFERMEIRA LÚCIA: A vacina contra o HPV é produzida por dois laboratórios no Brasil. Foi testada e aprovada antes de ser usada na população. É segura e eficiente na prevenção do câncer de colo do útero. Vem pronta para ser aplicada no braço.

MARIANA (com medo): As minhas amigas disseram que a vacina provoca reação. É verdade?

ENFERMEIRA LÚCIA: Não é comum, Mariana. O que pode acontecer é algumas meninas apresentarem dor, inchaço e vermelhidão no local da aplicação, ou dor de cabeça, febre e desmaio.

SEU JOÃO: Quantas doses da vacina a minha filha deve tomar?

ENFERMEIRA LÚCIA: Duas doses. A primeira será hoje e a segunda daqui a seis meses. É importante tomar as duas doses para ficar protegida.

Corta para:

Imagem de um calendário e um cartão indicando as três doses da vacina.

DONA SUELI (otimista): Enfermeira, se é para proteger minha menina, pode vacinar Mariana.

MARIANA (feliz e satisfeita com a decisão da mãe): Concordo mãe. É melhor tomar a vacina do que ter a doença.

SEU JOÃO: Muito bem, minha filha!

ENFERMEIRA LÚCIA: Então, vamos lá!

Corta para:

Imagem de Mariana sentando-se e a enfermeira aplicando a primeira dose da vacina (áudio com música, a ser definida, tocando durante a ação).

ENFERMEIRA LÚCIA: Agora você vai ficar sentada e será observada por 15 minutos para poder ir embora.

Corta para:

Imagem de um relógio contando 15 minutos.

MARIANA (feliz): É isso aí, meninas! Eu já fui vacinada. Lembrem-se de se vacinar contra o HPV. E vocês, pais, protejam suas filhas. Procurem uma unidade de saúde do SUS ou acompanhe a vacinação nas escolas.

Todos batem palmas.

APÊNDICE K - *Storyboard* do vídeo educacional "É hora de se proteger com a vacina do HPV"

***STORYBOARD* PARA CONSTRUÇÃO DE VÍDEO EDUCACIONAL**



ABERTURA



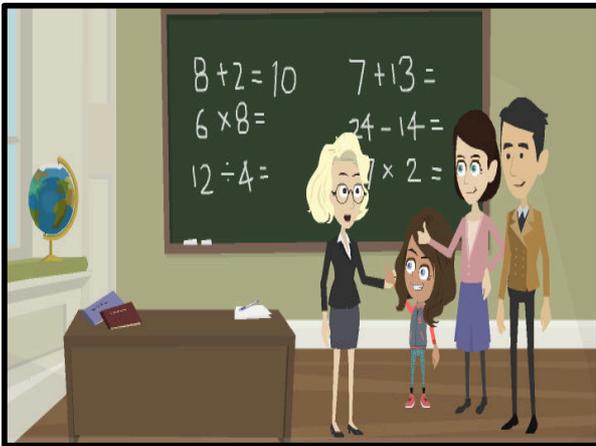
CENA 1



CENA 1



CENA 2



CENA 3



CENA 4

APÊNDICE L - Convite aos juízes para validação do vídeo educacional

CONVITE AOS JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DO VÍDEO EDUCACIONAL

Prezado (a) Juiz (a)

Como aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, e juntamente com a orientação da Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes, estamos realizando o estudo intitulado: Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavirus humano*. Diante do reconhecimento de sua experiência profissional, convidamos V. S.^a a emitir seu parecer sobre a primeira versão da ferramenta educacional elaborada, respondendo a um instrumento para validação do conteúdo que consta no material entregue, a fim de atingir o objetivo do estudo.

A tecnologia educacional foi construída com a intenção de promover o conhecimento sobre o HPV e vacinação entre meninas na faixa etária da imunização e pais, a fim de ser utilizada por profissionais da saúde e professores para despertar a aderência ao esquema vacinal na população-alvo da campanha, contribuindo para a prevenção do câncer cérvico-uterino. O material apresentado foi montado por profissionais capacitados e experientes que atuam nas áreas de tecnologia da informação e comunicação, a partir de um roteiro elaborado pelas autoras, produção gráfica e acabamento. Utilizou-se referencial teórico sobre o tema e as contribuições, dos representantes dos grupos anteriormente citados, na construção do material, através de cinco grupos focais.

Para a validação de conteúdo, solicito sua colaboração para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; visualização do material educacional; e preenchimento de um instrumento de avaliação. Após a avaliação da versão inicial, serão vistas todas as considerações fornecidas pelo grupo de juízes no processo de validação e, com base nisso, será realizada a organização da versão final da tecnologia.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade em compartilhar a experiência e conhecimento para a emissão de sua opinião sobre o material educacional. Solicitamos que a avaliação seja feita no prazo máximo de trinta dias, para atendimento aos prazos de execução da pesquisa. Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Cordialmente,

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense

Mestranda PPGENF/UFPE
Fone: (81) 967517488/88496019
E-mail: irisnarea@yahoo.com.br

Prof.^a Dra. Cleide Maria Pontes

Orientadora, docente do PPGEnfermagem/UFPE e
professora titular do Departamento de Enfermagem/UFPE
Fone: 21263661/21268566
E-mail: cmpontes18@gmail.com

APÊNDICE M - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os juízes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES

Convidamos V. S.^a para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavírus humano*. Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense, residente na rua Jacaúna, 354, apt. 06, Iputinga, Recife-PE, CEP: 50670-160. Sou aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 96751748/(81) 88496019 e meu endereço eletrônico é irisnarea@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes, com número de telefone (81) 99785931 e endereço eletrônico cmpontes18@gmail.com.

Caso este termo contenha alguma informação que você não entenda, as dúvidas podem ser tiradas por correspondência com as pesquisadoras e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você concorde em participar da pesquisa, pedimos que marque o campo que vem em seguida ao documento para expressar que está ciente das informações repassadas e sua decisão em ser participante do estudo.

Se não aceitar fazer parte do estudo, não haverá penalização alguma. Se concordar em participar, o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

O objetivo do estudo é criar um material educacional de fácil entendimento e confiável, que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde e professores em atividades direcionadas a meninas na faixa etária da imunização e pais para promover a adesão à vacinação contra o HPV. O vídeo educacional apresentado foi elaborado a partir de um referencial teórico sobre a temática e com a participação de meninas, pais, professores e profissionais da saúde, por meio de seis grupos focais. Para que a validação de conteúdo aconteça, é necessário que haja um processo de avaliação, com o objetivo de conhecer a concordância entre os avaliadores e relevância do material educacional. O seu parecer na condição de juiz será emitido por meio de respostas às perguntas contidas em um questionário. Será necessário que você tenha tempo disponível para a pesquisa e utilize um local tranquilo para responder ao instrumento. Serão enviados, através de um formulário eletrônico: carta-convite para participação na pesquisa, Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, cópia da versão inicial do vídeo educacional, questionário para levantamento do perfil profissional e instrumento para validação de conteúdo com instruções de preenchimento. Após a etapa de coleta de dados, esses materiais serão devolvidos ao pesquisador responsável.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados na avaliação do material educacional. Para minimizá-los, sugerimos que as respostas sejam fornecidas em local reservado e tentaremos ser objetivas nos questionamentos, dando ênfase aos conteúdos que dizem respeito ao estudo. Os benefícios estão relacionados à troca de conhecimentos entre os envolvidos durante a coleta de dados, além de proporcionar a elaboração de uma ferramenta que se torne referência para intervenções que promovam a educação em saúde, mantenha a adesão da população-alvo à vacinação contra o HPV e melhore a assistência à saúde no combate ao câncer de colo uterino.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de formulário eletrônico ficarão armazenados em computadores, sob a responsabilidade da orientadora do estudo, no Departamento de Enfermagem/UFPE, por um período mínimo de cinco anos.

Não haverá cobranças e nem pagamentos para a sua participação na pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em casos de necessidade, as despesas com transporte e alimentação serão assumidas ou reembolsadas pelos pesquisadores. Se houver algum dano durante a realização do estudo, será garantida indenização, de acordo com decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense

**Consentimento da participação na pesquisa como voluntário (a)
(campo de marcação obrigatória no formulário eletrônico)**

Após a leitura deste documento e esclarecimento das dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntário (a). Declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade.

APÊNDICE N - Instrumento de coleta de dados para caracterização dos juízes

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Nº instrumento: _____

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade: _____ anos
3. Ocupação: () Docência () Assistência
4. Local de trabalho: () IES pública () IES privada () Hospital () ESF
5. Município de trabalho: _____
6. Tempo de formação: _____ anos
7. Tempo de atuação: _____ anos

Para os profissionais atuantes na docência

8. Mestrado: () SIM () NÃO
9. Mestrado com dissertação na área de saúde da mulher, saúde do adolescente ou educação em saúde: () SIM () NÃO
10. Doutorado: () SIM () NÃO
11. Doutorado com tese na área de saúde da mulher, saúde do adolescente ou educação em saúde: () SIM () NÃO
12. Especialização em saúde da mulher e/ou saúde do adolescente: () SIM () NÃO
13. Especialização em saúde pública ou saúde coletiva: () SIM () NÃO
14. Ensina na graduação na área de saúde da mulher: () SIM () NÃO
15. Ensina em curso de especialização na área de saúde da mulher: () SIM () NÃO
16. Vem desenvolvendo pesquisa na área de saúde da mulher ou do adolescente nos últimos cinco anos: () SIM () NÃO
17. Vem desenvolvendo projeto de extensão nos últimos cinco anos: () SIM () NÃO
18. Produção de artigo científico resultante de pesquisa na área de saúde da mulher em periódicos com Qualis \geq B2 (nos últimos cinco anos): () SIM () NÃO

Se SIM, quantos: _____

Para os profissionais atuantes na assistência

19. Mestrado com dissertação na área de saúde da mulher, saúde do adolescente ou educação em saúde: () SIM () NÃO

20. Doutorado com tese na área de saúde da mulher, saúde do adolescente ou educação em saúde: () SIM () NÃO

21. Especialização em saúde da mulher e/ou saúde do adolescente: () SIM () NÃO

22. Especialização em saúde pública ou saúde coletiva: () SIM () NÃO

23. Experiência profissional na ESF de no mínimo cinco anos: () SIM () NÃO

24. Experiência profissional com ênfase em educação em saúde com mulheres ou adolescentes (atividade grupal, visita domiciliar, consulta de enfermagem) de no mínimo cinco anos: () SIM () NÃO

25. Ministra ou ministrou cursos com ênfase na saúde da mulher ou do adolescente:
() SIM () NÃO

26. Participou de cursos de atualização na área de saúde da mulher ou do adolescente:
() SIM () NÃO

27. Produção de artigo científico resultante de pesquisa na área de saúde da mulher em periódicos com Qualis \geq B3 (nos últimos cinco anos): () SIM () NÃO

Sem SIM, quantos: _____ anos

APÊNDICE O - Instrumento para validação do conteúdo do vídeo educacional

**INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO VÍDEO EDUCACIONAL
"É HORA DE SE PROTEGER COM A VACINA DO HPV"**

ITEM	CONCORDÂNCIA	GRAU DE RELEVÂNCIA	SUGESTÕES
CONCEITO DA IDEIA			
1. O conteúdo do vídeo é importante para promover a adesão à vacinação contra o HPV.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
2. O objetivo do vídeo é evidente.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
3. O conteúdo do vídeo contribui para o conhecimento e mudança de comportamento de escolares, adolescentes, pais e professores a respeito da vacinação contra o HPV.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
4. O vídeo pode ser usado por profissionais dos serviços da saúde e da educação.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
CONSTRUÇÃO DRAMÁTICA			
5. A abertura do vídeo apresenta impacto.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	

6. O conflito criado em torno da vacinação contra o HPV refere-se às situações reais.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
7. O desenvolvimento da narrativa faz com que o interesse pelo vídeo aumente.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
8. A tomada de decisão corresponde ao clímax da narrativa.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
9. O desfecho da narrativa incentiva à vacinação contra o HPV.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
RITMO			
10. O número de cenas é suficiente para transmitir a mensagem.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
11. A duração do vídeo é satisfatória para o desenvolvimento das cenas.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
12. A exibição de uma cena motiva para a visualização da cena seguinte.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
PERSONAGENS			
13. As personagens da narrativa conquistam o público-alvo da	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante	

vacinação contra o HPV, pais e professores.		<input type="checkbox"/> Muito relevante	
14. As personagens representam o público-alvo e pessoas ligadas diretamente à vacinação contra o HPV.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Irrelevante <input type="checkbox"/> Parcialmente relevante <input type="checkbox"/> Realmente relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
15. A interação entre as personagens é suficiente para transmitir a mensagem pelo vídeo.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Irrelevante <input type="checkbox"/> Parcialmente relevante <input type="checkbox"/> Realmente relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
POTENCIAL DRAMÁTICO			
16. Existe emoção na narrativa.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Irrelevante <input type="checkbox"/> Parcialmente relevante <input type="checkbox"/> Realmente relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
17. Existe humor na fala das personagens.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Irrelevante <input type="checkbox"/> Parcialmente relevante <input type="checkbox"/> Realmente relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
DIÁLOGOS			
18. Os textos são compreensíveis e possuem naturalidade.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Irrelevante <input type="checkbox"/> Parcialmente relevante <input type="checkbox"/> Realmente relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
19. Os diálogos motivam o público-alvo para a compreensão do tema.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Irrelevante <input type="checkbox"/> Parcialmente relevante <input type="checkbox"/> Realmente relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
20. O uso da voz ativa incentiva a adoção de hábitos que resultem na vacinação contra o HPV.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Irrelevante <input type="checkbox"/> Parcialmente relevante <input type="checkbox"/> Realmente relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	

ESTILO VISUAL			
21. As ilustrações são apropriadas para o público-alvo do vídeo.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
22. As ilustrações são adequadas à transmissão do conteúdo.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
23. As ilustrações motivam para a compreensão da mensagem do vídeo.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
PÚBLICO REFERENTE			
24. Há correspondência entre o conteúdo do vídeo e o mundo real do público-alvo.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
25. A linguagem utilizada pelas personagens é clara para o público-alvo do vídeo educacional.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	

No vídeo educacional, há algum erro ou ideia prejudicial? Se sim, indique a cena e tempo inicial e final do trecho identificado, e expresse sua opinião ou sugestão.

No vídeo educacional, existe alguma informação sobre a vacina do HPV que não foi visualizada? Se sim, descreva essa (s) informação (ões).

Comentários

APÊNDICE P - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores participantes da validação de aparência do vídeo educacional

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES PARTICIPANTES DA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO VÍDEO EDUCACIONAL

Convidamos você, após a autorização de seus pais ou responsáveis legais, para participar, como voluntária, da pesquisa intitulada Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavirus humano* (HPV). Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense, residente na rua Jacaúna, 354, apt. 06, Iputinga, Recife-PE, CEP: 50670-160, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 96751748/(81) 88496019 e meu endereço eletrônico é irisnarea@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes, com número de telefone (81) 99785931 e endereço eletrônico cmpontes18@gmail.com.

Caso este termo contenha alguma informação que você não entenda, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe passando as informações e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você concorde em participar da pesquisa, pedimos que rubrique as folhas e assine no fim do documento, que possui duas vias, uma será entregue a seus pais ou responsável legal e a outra ficará comigo.

Após a retirada de suas dúvidas, você terá a liberdade de decidir se irá participar ou recusar o convite. Caso você não aceite participar, não haverá prejuízo algum, pois essa é uma opção sua. Caso deseje participar, o seu responsável deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo esse consentimento ser retirado ou sua participação interrompida em qualquer momento, sem isso causar problema algum a você ou a essa pessoa.

O objetivo do estudo é criar um material educacional (como, por exemplo, uma cartilha) de fácil entendimento e confiável, que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde e professores em atividades direcionadas a meninas na faixa etária da imunização e pais para promover a adesão à vacinação contra o HPV. A ferramenta educacional apresentada foi elaborada a partir de uma pesquisa sobre o assunto e com a participação de meninas, pais, professores e profissionais da saúde. A avaliação do material pretende conhecer se as imagens utilizadas e a mensagem transmitida estão adequadas, para saber se houve o entendimento sobre o tema abordado na tecnologia e o que precisa ser melhorado. Sua opinião a respeito do

material será expressa por meio de respostas às perguntas contidas em um questionário/entrevista. Será necessário que você tenha tempo disponível para participar da pesquisa. A coleta de dados acontecerá em sua escola, com a presença do diretor/coordenador da instituição, em um único momento.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados na avaliação do material educacional. Para tentar reduzi-los, a sua participação acontecerá em local reservado e o levantamento dos dados será objetivo. Como benefício direto você receberá orientações sobre a vacinação contra o HPV, através da troca de conhecimentos entre os participantes durante a coleta de dados, e como benefício indireto, você estará contribuindo na construção de uma ferramenta que se torne referência para intervenções que promovam a educação em saúde e que mantenha a adesão das garotas à vacinação, com a intenção de melhorar a assistência à saúde no combate ao câncer de colo uterino.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de questionário/entrevista ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da orientadora do estudo, no Departamento de Enfermagem/UFPE, por um período mínimo de cinco anos.

Nem você e nem seus pais ou responsáveis terão gastos para a sua participação na pesquisa. Não haverá pagamento algum em troca de sua contribuição com o estudo, pois é voluntária. Em casos de necessidade, as despesas com transporte e alimentação serão assumidas ou reembolsadas pelos pesquisadores. Se houver algum dano durante a realização do estudo, será garantida indenização, de acordo com decisão judicial ou extra-judicial.

Este documento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense

Assentimento da menor em participar da pesquisa como voluntária

Eu, _____, portadora do RG nº _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntária. Declaro que fui esclarecida pela pesquisadora responsável sobre a pesquisa, o que será feito e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso desistir a qualquer momento e que não terei prejuízo financeiro algum.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da voluntária em participar:

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

APÊNDICE Q - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais e professores participantes da validação de aparência do vídeo educacional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS E PROFESSORES PARTICIPANTES DA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO VÍDEO EDUCACIONAL

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavirus humano* (HPV). Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense, residente na rua Jacaúna, 354, apt. 06, Iputinga, Recife-PE, CEP: 50670-160, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 96751748/(81) 88496019 e meu endereço eletrônico é irisnarea@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes, com número de telefone (81) 99785931 e endereço eletrônico cmpontes18@gmail.com.

Caso este termo contenha alguma informação que você não entenda, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe passando as informações e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você concorde em participar da pesquisa, pedimos que rubriche as folhas e assine no fim do documento, que possui duas vias, uma lhe será entregue e a outra ficará comigo.

Se não aceitar participar do estudo, não haverá penalização alguma. Se concordar em participar, o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

O objetivo do estudo é criar um material educacional de fácil entendimento e confiável, que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde e professores em atividades direcionadas a meninas na faixa etária da imunização e pais para promover a adesão à vacinação contra o HPV. A ferramenta educacional apresentada foi elaborada a partir de uma pesquisa sobre o assunto e com a participação de meninas, pais, professores e profissionais da saúde. A avaliação do material pretende conhecer se as imagens utilizadas e a mensagem transmitida estão adequadas, para saber se houve o entendimento sobre o tema abordado na tecnologia e o que precisa ser melhorado. Sua opinião a respeito do material será expressa por meio de respostas às perguntas contidas em um questionário. Será necessário que você tenha

tempo disponível para participar da pesquisa. A coleta de dados acontecerá na escola (pais e professores) ou em seu ambiente de trabalho (profissionais da área da tecnologia educacional), em um único momento.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados na avaliação do material educacional. Para tentar reduzi-los, a sua participação acontecerá em local reservado e o levantamento dos dados será objetivo. Como benefício direto você receberá orientações sobre a vacinação contra o HPV, através da troca de conhecimentos entre os participantes durante a coleta de dados, e como benefício indireto, você estará contribuindo na construção de uma ferramenta que se torne referência para intervenções que promovam a educação em saúde e que mantenha a adesão das garotas à vacinação, com a intenção de melhorar a assistência à saúde no combate ao câncer de colo uterino.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de questionário ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da orientadora do estudo, no Departamento de Enfermagem/UFPE, por um período mínimo de cinco anos.

Não haverá cobranças e nem pagamentos para a sua participação na pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em casos de necessidade, as despesas com transporte e alimentação serão assumidas ou reembolsadas pelos pesquisadores. Se houver algum dano durante a realização do estudo, será garantida indenização, de acordo com decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense

Consentimento da participação na pesquisa como voluntário (a)

Eu, _____, CPF nº _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e esclarecimento das dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntário (a). Declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do (a) voluntário (a) em participar:

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

APÊNDICE R - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais da área da tecnologia educacional participantes da validação de aparência do vídeo educacional

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE PRODUÇÃO E EDIÇÃO DE VÍDEO
PARTICIPANTES DA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO VÍDEO EDUCACIONAL**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavirus humano* (HPV). Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense, residente na rua Jacaúna, 354, apt. 06, Iputinga, Recife-PE, CEP: 50670-160, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 96751748/(81) 88496019 e meu endereço eletrônico é irisnarea@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes, com número de telefone (81) 99785931 e endereço eletrônico cmpontes18@gmail.com.

Caso este termo contenha algum conteúdo que você não entenda, as dúvidas podem ser tiradas por correspondência com as pesquisadoras e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você concorde em participar da pesquisa, pedimos que marque o campo que vem em seguida ao documento para expressar que está ciente das informações repassadas e sua decisão em participar do estudo.

Se não aceitar participar do estudo, não haverá penalização alguma. Se concordar em participar, o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

O objetivo do estudo é criar um vídeo educacional de fácil entendimento e confiável, que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde e professores em atividades direcionadas a meninas na faixa etária da imunização e pais para promover a adesão à vacinação contra o HPV. A ferramenta educacional apresentada foi elaborada a partir de uma pesquisa sobre o assunto e com a participação de meninas, pais, professores e profissionais da saúde. A avaliação do material pretende conhecer se as imagens utilizadas e a mensagem transmitida estão adequadas, para saber se houve o entendimento sobre o tema abordado na tecnologia e o que precisa ser melhorado. Sua opinião a respeito do material será expressa por meio de respostas às perguntas contidas em um questionário. Será necessário que você tenha tempo

disponível para participar da pesquisa. A coleta de dados poderá ser executada em seu ambiente de trabalho ou domicílio, em um único momento.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados na avaliação do vídeo educacional. Para tentar reduzi-los, a sua participação poderá acontecer em local reservado e o levantamento dos dados será objetivo. Como benefício direto você receberá orientações sobre a vacinação contra o HPV, através da troca de conhecimentos com as pesquisadoras durante a coleta de dados, e como benefício indireto, você estará contribuindo na construção de uma ferramenta que se torne referência para intervenções que promovam a educação em saúde e que mantenha a adesão das garotas à vacinação, com a intenção de melhorar a assistência à saúde no combate ao câncer de colo uterino.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de questionário ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da orientadora do estudo, no Departamento de Enfermagem/UFPE, por um período mínimo de cinco anos.

Não haverá cobranças e nem pagamentos para a sua participação na pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em casos de necessidade, as despesas geradas serão assumidas ou reembolsadas pelos pesquisadores. Se houver algum dano durante a realização do estudo, será garantida indenização, de acordo com decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense

**Consentimento da participação na pesquisa como voluntário (a)
(campo de marcação obrigatória no formulário eletrônico)**

Após a leitura deste documento e esclarecimento das dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntário (a). Declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade.

APÊNDICE S - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável legal da menor participante da validação de aparência do vídeo educacional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O RESPONSÁVEL LEGAL DA MENOR PARTICIPANTE DA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO VÍDEO EDUCACIONAL

Solicitamos a sua autorização para convidar a menor sob sua responsabilidade para participar, como voluntária, da pesquisa intitulada Construção e validação de tecnologia educacional para adesão à vacinação do *Papilomavirus humano* (HPV). Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense, residente na rua Jacaúna, 354, apt. 06, Iputinga, Recife-PE, CEP: 50670-160, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 96751748/(81) 88496019 e meu endereço eletrônico é irisnarea@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes, com número de telefone (81) 99785931 e endereço eletrônico cmpontes18@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que você não compreenda, as dúvidas poderão ser tiradas com a pessoa que está lhe passando as informações e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você decida que a menor participará da pesquisa, pedimos que rubriche as folhas e assine no fim do documento, que possui duas vias, uma lhe será entregue e a outra ficará comigo.

Se não aceitar, não haverá penalização alguma nem para o (a) Sr. (a) nem para a voluntária sob sua responsabilidade, como também será possível retirar o consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade.

O objetivo do estudo é criar um material educacional de fácil entendimento e confiável, que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde e professores em atividades direcionadas a meninas na faixa etária da imunização e pais para promover a adesão à vacinação contra o HPV. A ferramenta educacional apresentada foi elaborada a partir de uma pesquisa sobre o assunto e com a participação de meninas, pais, professores e profissionais da saúde. A avaliação do material pretende conhecer se as imagens utilizadas e a mensagem transmitida estão adequadas, para saber se houve o entendimento sobre o tema abordado na tecnologia e o que precisa ser melhorado. A opinião da menor a respeito do material será expressa por meio de respostas às perguntas contidas em um questionário. Será necessário que

ela tenha tempo disponível para participar da pesquisa. A coleta de dados acontecerá na escola, com a presença do diretor/coordenador da instituição, em um único momento.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados na avaliação do material educacional. Para tentar reduzi-los, a participação da menor se dará em local reservado e o levantamento dos dados será objetivo. Os benefícios estão relacionados à troca de conhecimentos entre as participantes durante a coleta de dados, além de proporcionar a elaboração de uma ferramenta que se torne referência para intervenções que promovam a educação em saúde, mantenha a adesão da população-alvo à vacinação contra o HPV e melhore a assistência à saúde no combate ao câncer de colo uterino.

As informações da pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo a identificação da voluntária, exceto entre os responsáveis pelo estudo, assegurando-se o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados por meio de questionário ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da orientadora do estudo, no Departamento de Enfermagem/UFPE, por um período mínimo de cinco anos.

O (a) Sr. (a) não terá gastos com a participação da menor e nem receberá pagamento algum em troca disso, pois isso deverá dar-se de forma voluntária. Em casos de necessidade, as despesas com transporte e alimentação serão assumidas ou reembolsadas pelos pesquisadores. Se houver algum dano durante a realização do estudo, será garantida indenização, de acordo com decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense

Consentimento do responsável para participação da voluntária

Eu, _____, CPF nº _____, abaixo assinado, responsável pela menor _____, autorizo a sua participação na pesquisa acima referida, como voluntária. Declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios decorrentes de sua participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade para mim ou para a menor em questão.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do (a) responsável para a participação da menor:

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

APÊNDICE T - Instrumento para validação de aparência do vídeo educacional

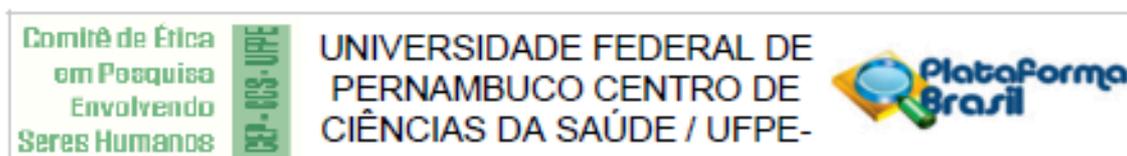
**INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO
VÍDEO EDUCACIONAL
"É HORA DE SE PROTEGER COM A VACINA DO HPV"**

ITEM	CONCORDÂNCIA	GRAU DE RELEVÂNCIA	COMENTÁRIOS E SUGESTÕES
1. A abertura do vídeo chama a atenção de quem está assistindo e indica sobre o conteúdo do material.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
2. O tipo, cor e tamanho da letra da abertura e das cenas facilitam a leitura.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
3. As cores utilizadas para os cenários e personagens são atraentes.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
4. A duração do vídeo é satisfatória para fornecer conhecimento sobre o assunto.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
5. As cenas são simples, claras e abordam o conhecimento sobre	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	

o HPV e a vacina.			
6. A forma como as cenas são apresentadas motiva o público-alvo a assistir o vídeo.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
7. A forma como as cenas são apresentadas incentiva o público-alvo do vídeo para a vacinação contra o HPV.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	
8. As cenas mostram aspectos culturais da realidade de meninas na faixa etária da vacinação, pais e professores.	() SIM () NÃO	() Irrelevante () Parcialmente relevante () Realmente relevante () Muito relevante	

ANEXO

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ADESÃO À VACINAÇÃO DO PAPILOMAVIRUS HUMANO

Pesquisador: Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43885615.2.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Envio de Relatório Final

Data do Envio: 25/01/2016

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.400.470

Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa.

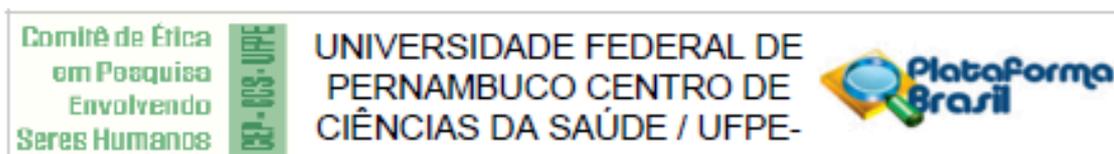
Objetivo da Notificação:

O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O TCLE foi apresentado no projeto inicial com Riscos e Benefícios e devidamente utilizados pelo pesquisador.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.400.470

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi apresentada com o relatório e a mesma está adequada, sendo que o (s) membro (os) da pesquisa ter(em) participado (s) e foram indicados resultados e conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram considerados adequados.

Recomendações:

s/recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Relatório Final foi analisado e APROVADO pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	Relatorio_final.pdf	25/01/2016 16:45:51	Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 02 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br