



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

LIGIA FERNANDES SCOPACASA

ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE IST/HIV/AIDS X
LETRAMENTO EM SAÚDE

FORTALEZA

2017

LIGIA FERNANDES SCOPACASA

**ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE IST/HIV/AIDS X
LETRAMENTO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

Coorientador: Prof. Dr. Izaildo Tavares Luna

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

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

- S435a Scopacasa, Lígia Fernandes.
ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE IST/HIV/AIDS X LETRAMENTO EM SAÚDE / Lígia Fernandes Scopacasa. – 2017.
136 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.
Coorientação: Prof. Dr. Izaildo Tavares Luna.
1. Adolescente. 2. Alfabetização em Saúde. 3. Conhecimento. 4. Doenças Sexualmente Transmissíveis. I. Título.

CDD 610.73

LIGIA FERNANDES SCOPACASA

**ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE IST/HIV/AIDS X
LETRAMENTO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Promoção da Saúde

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dr^a Emanuella Silva Joventino (Membro efetivo)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof^a Dra Leilane Barbosa de Sousa (Membro Efetivo)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof^o Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Kelanne Lima da Silva (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará/ Estratégia Saúde da Família (ESF)

Prof^a Dr^a Adriana Gomes Nogueira Ferreira (Membro suplente)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Dra. Eveline Pinheiro Beserra (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho à Rosangela Fernandes Teixeira Scopacasa, por maior que seja a abrangência da palavra obrigada, jamais conseguirei demonstrar minha gratidão a você por tudo. Guerreira, trabalhadora, estudiosa e educadora nata. Mãe, desde de criança, você e o papai sempre demonstraram a importância da educação, e, hoje, visualizo não somente na minha vida, quanto retrato nesta tese. Você é minha base.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir estar aqui hoje, concluir esta pesquisa e ter sido tão generoso e bondoso ao trilhar juntamente comigo a minha estrada. Eu sou uma pessoa extremamente abençoada, e agradeço demais a Deus por tudo.

Ao meu pai, José Scopacasa Filho (*in memoriam*), quem sempre foi meu guia mesmo não estando fisicamente ao meu lado e minha inspiração diária para ser cada vez melhor. Pai, sei que onde quer que esteja, você está feliz e orgulhoso. Durante a minha caminhada não houve um dia se quer que você não estivesse comigo.

À Rosangela Fernandes Teixeira Scopacasa, minha mãe, não somente agradeço como dedico esta tese a você. Mãe, você é minha inspiração, quando fecho os olhos sempre vejo você ao meu lado. Hoje, não poderia ser diferente. Meu profundo OBRIGADA!

Ao Tahian Leite Treigher, meu esposo, meu companheiro, meu amigo. Vida, muito obrigada por estar ao meu lado durante esta caminhada, sei que não foi fácil para nós. Desculpa pelas minhas ausências e meu estresse, principalmente, na reta final. Meu amor, esta conquista também é sua, pois sem você certamente meu caminho seria muito mais árduo, pois você foi minha escuta, meu conselheiro, quem esteve lado a lado nesta caminhada.

À Aline Fernandes Scopacasa França, minha irmã muito obrigada por sempre estar ao meu lado, pelas traduções, pela parceria de sempre. Ao entrar no túnel do tempo, mesmo com todas as nossas diferenças, você estava lá, mesmo que por diversas vezes não concordasse, mas ao meu lado. Te amo!

À professora Patrícia Neyva da Costa Pinheiro que esteve ao meu lado desde início da graduação em Enfermagem e acompanhou de perto cada etapa de vida. Professora, a senhora é mais que orientadora, e sim, amiga que tenho. Desculpa pelos meus deslizes e muito obrigada por me fazer chegar ao término da tese, sem você eu não teria conseguido. Tenho grande carinho, admiração e respeito pela senhora.

Ao Dr. Izaildo Tavares Luna pela ajuda na minha estrada acadêmica, me acompanhando desde a graduação até o presente momento, e desenvolvendo durante a tese minha coorientação. Muito obrigada!

À Williana Melo Barbosa Saraiva, Willy, muito obrigada por sempre, seja longe ou perto, torcer por mim de coração puro. Obrigada pela ajuda na tabulação dos dados, organização dos questionários e termos. Tenho um amor imenso por você! Muito obrigada!

À Karine Landin Rabelo, minha amiga não me canso de dizer que você é meu maior presente da Enfermagem. Você me acompanha de perto desde o S0 do curso até hoje, obrigada por ser essa irmã que a vida me deu, quem eu faço questão de estar por perto em todos os momentos da minha vida.

À Agnes Caroline Pinto, minha amiga, minha dupla de doutorado e quem eu vou levar para sempre comigo. Deus foi muito generoso em me dar uma dupla como você, pois certamente sem você meu caminho seria pesado e árduo.

Ao Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes quem eu tenho profunda admiração e respeito. Professor Marcos, eu tive o prazer de ser sua aluna na graduação, ter o senhor na defesa da dissertação e neste momento tão especial, não poderia ser diferente. Muito obrigada por tudo que fez por mim.

À Dr^a Kelanne Lima da Silva pessoa mais que especial na minha vida. Muito obrigada pelo aceite e por fazer parte desse momento tão importante da minha vida.

Às Dr^a Emanuella Silva Joventino e Dr^a Leilane Barbosa de Sousa pelo aceite imediato em participar da defesa de tese e pela disponibilidade em estarem nesta etapa tão valiosa da vida.

À Dr^a Adriana Gomes Nogueira Ferreira que participou da minha defesa de monografia de graduação e, hoje, me fornece a honra em estar na banca de defesa de tese.

À Dr^a Eveline Pinheiro Beserra pelo aceite em participar da banca e disponibilidade em estar neste momento especial.

Ao Francisco de Lucena Cabral Júnior, muito obrigada pela parceria, atenção e ajuda durante este período. Não houve uma vez sequer que eu precisasse da sua ajuda nesta fase de vida que você prontamente não tenha me acolhido e ajudado. Muito obrigada chefe, por acreditar no meu potencial e incentivar sempre meu crescimento.

À Janaína Silva e Aline Eufrázio Silva, como eu sempre falo, meu braço direito e esquerdo. Muito obrigada pela amizade e companheirismo nesta fase. Sei o quanto vocês trabalharam para que eu estivesse mais aliviada para concluir esta etapa, apesar de todas as dificuldades que encontramos no cotidiano, ter vocês ao meu lado fez com que tudo fosse mais leve e fácil.

À equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico/Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann (Hospital da Mulher) que sempre com leveza e dedicação me ajudam a prestar assistência de enfermagem de qualidade.

Aos meus apoios, Francisca Xavier da Silva, Francisco Ronaldo Martins, Nathalia Ladislau, Elyenne Rodrigues e Ana Jorgiane Lourenço, técnicos de enfermagem exemplares que fazem com que eu compreenda cada vez mais a importância de uma equipe de enfermagem coesa. Meus queridos, obrigada por me aguentarem e por tentarem fazer de tudo para minimizar meu estresse nessa fase de vida, vocês foram mais que APOIOS, verdadeiros amigos.

À Rosana Machado pela amizade e compreensão nessa reta final de doutorado, sempre me incentivando e acreditando no meu potencial. Obrigada pela parceria no cotidiano.

À Viviane Moreira e Christian Danil da Silva Gomes pela amizade e ajuda na busca das escolas em áreas de Fortaleza que não conhecia, e, prontamente, se disponibilizaram em ir comigo fortalecendo os vínculos que já existiam.

Aos diretores, coordenadores e professores das escolas por acreditar na proposta e ajudar a concretizar este sonho. Em especial, ao Oelio Pinheiro que desde o mestrado me acolheu, acreditando no processo educativo na prevenção de IST/HIV/aids incentivando as ações na escola e fortalecendo a proposta lançada.

Ao meu cunhado Frederico Veloso Franca e minha afilhada Isabella Scopacasa França por todo amor e carinho nesta caminhada.

Aos adolescentes em ter acreditado na proposta ofertada e terem feito esta tese dar certo! Este trabalho é para vocês.

Aos professores que fazem parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela construção do conhecimento desde o Mestrado até a presente data.

Aos integrantes do Projeto AIDS: Educação e Prevenção

*“A felicidade não está na estrada que leva a
algum lugar. A felicidade é a própria estrada”*

Bob Dylan

RESUMO

A adolescência agrega uma dualidade entre a experimentação e o risco. Nota-se como é necessária a realização de estratégias educativas com esse público na busca de minimizar os comportamentos de risco. Nesse contexto, emerge a temática do Letramento em Saúde que aborda se o adolescente tem condições de apreender uma informação sobre área da saúde. Objetivou-se validar o questionário *S-TOFLHA* para adolescentes escolares; identificar o conhecimento de adolescentes em relação à prevenção de IST/HIV/aids; analisar, por meio do *S-TOFLHA*, o grau de letramento de adolescentes escolares; e comparar o conhecimento de adolescentes em relação à prevenção de IST/HIV/aids com o seu grau de Letramento em Saúde. Trata-se de um estudo com duas abordagens, sendo a primeira uma pesquisa de desenvolvimento metodológico e a segunda uma abordagem correlacional, que foram divididas em duas fases: a primeira para a validação do teste-piloto e do instrumento *S-TOFLHA* pelos juízes e a segunda para a aplicação do instrumento validado aos adolescentes juntamente com o questionário que aborda o conhecimento deles em relação à prevenção de IST/HIV/aids. A amostra dos juízes totalizou 22 sujeitos e dos adolescentes do teste-piloto 31 participantes. Já para a segunda etapa, a amostra da pesquisa foi de 408 adolescentes. Os juízes responderam um instrumento que avaliava quanto ao objetivo, à estrutura e à apresentação e relevância de acordo com a escala *Likert*, sendo calculado o IVC e o índice de confiança (IC). Já para o teste-piloto, foi realizada a seguinte análise estatística: os achados foram avaliados quanto à normalidade através do teste de Shapiro-Wilk, indicando normalidade. Testes utilizados foram: coeficiente de correlação de Pearson e pelo T de Student. Já para a análise estatística da segunda parte, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk indicando não-normalidade. Testes utilizados: coeficiente de correlação de Spearman, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Os aspectos éticos foram atendidos, sendo aprovados pelo COMEPE da UFC sob CAAE: 56889816.0.0000.5054. De acordo com os achados obtidos, professor (68,2%) foi a principal ocupação e Enfermagem (27,3%), a graduação mais prevalente. O principal grau de escolaridade dos juízes era especialista (59,1%), e estes tinham, no mínimo, de 5 a 9 anos de atuação com adolescentes (63,63%). Os domínios de validação foram considerados adequados em relação ao objetivo, à estrutura e apresentação e à relevância de acordo com o IVC obtido (maior que 80% de concordância). O teste-piloto foi considerado relevante e não houve a existência de correlação estatisticamente significativa entre a nota do conhecimento sobre IST/HIV/aids e o escore do Letramento em Saúde ($r=0,451$; $p=0,012$). Os adolescentes apresentaram um adequado grau de Letramento em Saúde (87,4 pontos) e um bom conhecimento sobre IST/HIV/aids (64,7 pontos). Houve

correlação e diferença estatisticamente significativa entre as variáveis Letramento em Saúde e conhecimento dos adolescentes sobre prevenção de IST/HIV/aids ($r=0.470$; $p<0,001$). Conclui-se que o *S-TOFLHA* foi validado aos adolescentes. Os adolescentes apresentaram um adequado grau de Letramento em Saúde e um bom conhecimento sobre IST/HIV/aids. Quanto maior o Letramento em Saúde, maior o conhecimento do adolescente no que se refere à prevenção de IST/HIV/aids.

Palavras-chave: Adolescente. Alfabetização em Saúde. Conhecimento. Doenças sexualmente transmissíveis

ABSTRACT

Adolescence is a stage in life that adds a duality between experimentation and risk. It is noted how it is necessary to carry out educational strategies with this public in the search of minimizing risk behaviors. The theme of health in literacy emerges which consists in evaluating people's ability to understand a health service-related orientation. The aim of this study was to validate the S-TOFLHA questionnaire for school adolescents, to identify the knowledge of adolescents in relation to STI/HIV/aids prevention, to analyze, through S-TOFLHA, the adolescent literacy level and compare the knowledge of adolescents in relation to the prevention of STI/HIV/aids with the degree of literacy in health. It is a study with two approaches, the first being a methodological development research and the second a correlational approach, which were divided into two phases, the first one for the validation of the S-TOFLHA instrument by the judges and the pilot test and the second by the application of the instrument validated to adolescents along with the questionnaire that addresses the adolescents' knowledge regarding the prevention of STI/HIV/aids. The sample of the judges was in a total of 22 subjects and the adolescents of the pilot test totaled 31 participants. For the second stage, the research sample was 408 adolescents. The judges answered an instrument that evaluated the objective, structure and presentation and relevance according to the Likert scale, being calculated the IVC. For the pilot test, the following statistical analysis was performed: the findings were evaluated for normality by the Shapiro-Wilk test, indicating normality. For the statistical analysis: Correlations were expressed using the Pearson correlation coefficient and the Student's T-test. For the statistical analysis of the second part, the Shapiro-Wilk test was used, indicating non-normality. For the statistical analysis: Correlations were expressed using Spearman's correlation coefficient, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis. The ethical aspects were met and approved by COMEPE of the UFC under CAAE: 56889816.0.0000.5054. According to the findings, teacher (68.2%) was the most prevalent graduation. The main educational level of the judges was specialist (59.1) and they had at least 5 to 9 years of work with adolescents (63.63%). The validation domains were considered adequate in relation to the objective, structure and presentation and relevance according to the obtained IVC (greater than 80% agreement). The pilot test was considered relevant and there was no statistically significant correlation between the knowledge mark on STI/HIV/aids and the health literacy score ($r = 0.451$; $p = 0.012$). The adolescents presented an adequate degree of health literacy (87.4 points) and a good knowledge about STI/HIV/aids (64.7 points). There was a statistically significant correlation and difference between the variables health literacy and adolescents' knowledge about STI/HIV/aids prevention ($r =$

0.470; $p < 0.001$). It was concluded that S-TOFLHA was validated for adolescents. The adolescents presented an adequate degree of health literacy and a good knowledge about STI/HIV/aids. The higher the literacy in health, the greater the knowledge of the adolescent regarding the prevention of STI/HIV/aids.

Keywords: Adolescent. Health Literacy. Knowledge. Sexually Transmitted Diseases

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-------|
| Figura 1 - Contextos do Letramento em Saúde segundo o <i>Institute of Medicine</i> ----- | 34 |
| Figura 2- Fluxograma das etapas da pesquisa. Fortaleza- CE, 2017----- | 40 |
| Figura 3 - Etapas da validação do S-TOFLHA para adolescentes escolares. Fortaleza- CE, 2017----- | 41 |
| Figura 4 - Etapas da aplicação do S-TOLHA. Fortaleza- CE, 2017----- | 47-48 |

LISTA DE QUADRO

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Critérios de inclusão dos juízes na validação instrumento S-TOFLHA. Fortaleza-CE, 2017----- | 42 |
| Quadro 2 - Quadro de modificações realizada no instrumento <i>S-TOFLHA</i> para melhor adequação do questionário. Fortaleza-CE, 2017.----- | 55 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-------|
| Tabela 1- Caracterização quanto à formação, profissão, à escolaridade e ao tempo de atuação com adolescentes pelos juízes na avaliação do questionário <i>S-TOFHLA</i> .(Nº= 22)----- | 52 |
| Tabela 2- Avaliação dos juízes quanto ao domínio objetivo no que se refere ao IVC(<i>Índice de Validação de Conteúdo</i>) e o índice de confiança. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=22)----- | 53 |
| Tabela 3- Avaliação dos juízes quanto ao domínio estrutura e apresentação e relevância no que se refere ao IVC (<i>Índice de Validação de Conteúdo</i>) e o índice de confiança. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=22)----- | 54 |
| Tabela 4- Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas dos adolescentes escolares no que se refere ao teste-piloto. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=31)----- | 56 |
| Tabela 5 - Associação entre o conhecimento sobre IST, escore do letramento e características dos adolescentes. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=31) ----- | 57/58 |
| Tabela 6 - Características sociodemográficas dos adolescentes escolares. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=408) ----- | 58/59 |
| Tabela 7 - Características sexuais dos adolescentes escolares. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=408)-- ----- | 59/60 |
| Tabela 8 - Estatísticas descritivas no que se refere às variáveis Letramento em Saúde e conhecimento sobre IST/HIV/aids de adolescentes escolares.----- | 50 |
| Tabela 9 - Correlação do conhecimento sobre IST/HIV/aids segundo características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2017 (Nº408) ----- | 61 |
| Tabela 10- Correlação do conhecimento sobre IST/HIV/aids segundo características sexuais da população do estudo. Fortaleza-CE, 2017 (N:408)----- | 62 |
| Tabela 11 - Correlação do Letramento em Saúde segundo características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2017 (Nº= 408)----- | 62 |
| Tabela 12- Correlação do Letramento em Saúde segundo características sexuais da população do estudo. Fortaleza-CE, 2017 (Nº=408)----- | 63 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| DIEESE | Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos |
| ECA | Estatuto da Criança e do adolescente |
| EUA | Estados Unidos da América |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Adquirida |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INEP | Instituto Nacional de Pesquisa Anísio Teixeira |
| IVC | Índice de Validade de Conteúdo |
| IOM | <i>Institute of Medicine</i> |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| MEC | Ministério da Educação |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| REALM | <i>The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i> |
| S-TOFLHA | <i>Short Test of Functional Health Literacy in Adults</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TOFLHA | <i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i> |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1 | Contextualização da Temática | 19 |
| 1.2 | Envolvimento com a temática | 22 |
| 2 | OBJETIVO | 23 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO | 24 |
| 3.1 | Adolescência, IST/HIV/Aids e prevenção | 24 |
| 3.2 | Educação em saúde como ferramenta para promoção da saúde do adolescente | 28 |
| 3.3 | Escolaridade na adolescência | 30 |
| 3.4 | Letramento em saúde na adolescência | 33 |
| 3.4.1 | Short Test of Functional Health Literacy (S-TOFLHA) | 37 |
| 4 | METODOLOGIA | 40 |
| 4.1 | Primeira etapa do estudo | 40 |
| 4.1.1 | Tipo de estudo | 40 |
| 4.1.2 | Etapa de validação do questionário aos adolescentes | 41 |
| 4.1.3 | Local e período da pesquisa | 44 |
| 4.1.4 | Análise dos dados da primeira etapa | 45 |
| 4.2 | Segunda etapa da pesquisa (Aplicação do S-TOFLHA aos adolescentes) | 45 |
| 4.2.1 | Tipo de estudo | 45 |
| 4.2.2 | Local e período do estudo | 45 |
| 4.2.3 | População e Amostra | 46 |
| 4.2.4 | Coleta de dados da segunda etapa | 47 |
| 4.2.5 | Instrumentos de coleta de dados | 49 |
| 4.2.6 | Organização e análise dos dados da segunda fase | 50 |
| 4.3 | Aspectos éticos e legais | 50 |
| 5 | RESULTADOS | 52 |
| 5.1 | Etapa de validação do instrumento | 52 |
| 5.2 | Etapa do teste-piloto do instrumento | 55 |
| 5.2 | Etapa da aplicação do teste e do questionário | 60 |
| 6 | DISCUSSÃO | 64 |
| 6.1 | Primeira etapa (validação do instrumento) | 64 |
| 6.2 | Etapa de aplicação do teste-piloto do instrumento | 69 |
| 6.3 | Etapa da aplicação final dos questionários de Letramento em Saúde e conhecimento sobre prevenção de IST/HIV/aids | 72 |
| 7 | CONCLUSÃO | 81 |
| 8 | LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES | 84 |
| | REFERÊNCIAS | 86 |
| | APÊNDICE A – Carta Convite | 101 |
| | APÊNDICE B- TCLE Juizes | 102 |
| | APÊNDICE C- Instrumento de Avaliação dos juízes | 104 |
| | APÊNDICE D- Instrumento sobre prevenção IST/HIV/aids | 107 |
| | APÊNDICE E- TCLE adolescente estudo piloto | 111 |
| | APÊNDICE F- Termo de assentimento estudo piloto | 113 |
| | APÊNDICE G- TCLE adolescente estudo principal | 115 |
| | APÊNDICE H- Termo de assentimento estudo principal | 117 |
| | ANEXO A- Autorização para uso <i>S-TOFLHA</i> | 119 |
| | ANEXO B- Autorização para uso <i>S-TOFLHA</i> na versão brasileira | 120 |
| | ANEXO C- Instrumento <i>S-TOFLHA</i> | 121 |

| | |
|--|-----|
| ANEXO D- Cartão do S-TOFLHA | 126 |
| ANEXO E- Cartão do S-TOFLHA | 127 |
| ANEXO F- Parecer do COMEPE | 128 |
| ANEXO G- S-TOFLHA ajustado aos adolescentes | 132 |

1 INTRODUÇÃO

1.1) Contextualizando a temática

A adolescência é contemplada pela segunda década de vida e caracterizada por ser uma etapa de mudanças biopsicossociais, nas quais os pares ganham importância e a sexualidade encontra-se mais acentuada. Durante essa fase, geralmente, inicia-se a atividade sexual, e seu início precoce pode propiciar maior vulnerabilidade e risco às infecções sexualmente transmissíveis (IST). Com isso, estratégias que objetivam a minimização de desfechos negativos, como o uso do preservativo, devem ser estimuladas (GENZ *et al.*, 2017; HARTMANN; CESAR, 2013).

Os adolescentes estão mais propícios ao início da atividade sexual, culminando no aumento de infecção pelas IST pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e de gravidez não planejada (YIP *et al.*, 2015), devendo o conhecimento sobre IST/HIV/aids ser impulsionado e compartilhado entre os adolescentes (GENZ *et al.*, 2017) como estratégia de prevenção de IST/HIV/aids.

Estudos mostram que os adolescentes têm conhecimento fraco a moderado sobre IST/HIV/aids e contracepção e que a falta de conhecimento desse grupo etário sobre essa temática é uma barreira nos serviços de saúde (LEVINSON; LEICHLITER; CHANDRAMOULI, 2015; MASOUMI *et al.*, 2017).

Contraponto o exposto, de acordo com o estudo de Genz (2017) com 610 adolescentes no Rio Grande do Sul, 89,2% das meninas e 90,3% dos meninos souberam definir adequadamente o conceito sobre IST e 78% das meninas e 89,3% dos meninos tinham conhecimento sobre as doenças. Quanto às formas de contágio, 38,1% das meninas e 44,8% dos meninos as conheciam. Para 98,5% das meninas e 98,9% dos meninos, o uso de preservativo era o método mais eficaz para prevenção das IST. Entretanto, 37,1% das meninas e 30,5% dos meninos referiram o uso de anticoncepcional como método preventivo.

Pertencer ao sexo feminino, possuir menor idade, baixa escolaridade e pouca renda familiar, ser solteiro/a, sem namorado/a, desconhecer doenças de transmissão sexual e contraceptivo oral aumentava a probabilidade de não conhecer as formas de prevenção às IST/HIV/aids (HARTMANN; CESAR, 2013).

Existem formas de prevenção das IST/HIV/aids, dentre as quais se destaca o uso do preservativo. Sabe-se que os preservativos masculino e feminino são considerados duas das formas mais eficazes na prevenção dessas doenças (DOURADO *et al.*, 2015).

Apesar de haver a compreensão dos adolescentes sobre as principais formas de transmissão de IST/HIV/aids e o conhecimento da importância do uso do preservativo, percebe-se ainda uma baixa adesão ao uso do preservativo na iniciação sexual. A educação é um fator que favorece a prevenção de IST/HIV/aids, porém não é a única condição para a mudança de atitude do adolescente em favor do comportamento seguro (COSTA *et al.* 2013).

Observou-se que a população jovem com maior escolaridade relata apresentar o início de atividade sexual mais tardia, além do uso mais frequente do preservativo nas relações sexuais (MIRANDA *et al.*, 2013).

Entre os adolescentes de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, o maior grau de escolaridade está associado a menores taxa de fecundidade de adolescentes e ainda está relacionado à idade avançada no casamento. Além disso, maiores níveis médios de educação foram associados com menor mortalidade entre esse grupo etário (PATTON *et al.*, 2016), mostrando assim que escolaridade pode ser um fator influenciador na promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

De acordo com o *Institute of Medicine* (IOM, 2004), o alto grau de escolaridade não significa alto grau de entendimento da linguagem da área da saúde, uma vez que essa compreensão é denominada de letramento em saúde.

Letramento em Saúde (LS) ou habilidade de leitura e numeramento proporciona às pessoas uma melhor condição de permanência no ambiente de saúde, pois se trata de um tema relativamente novo e que vem alcançando maior espaço nas agendas de pesquisa e política de saúde, sobretudo nos países desenvolvidos. Sabe-se que o LS inadequado está relacionado com cuidados de saúde de pior qualidade e tem causado maiores custos (SANTOS *et al.*, 2012).

O Letramento em Saúde vai além da leitura e da escrita; este compreende a fala, a escuta, a escrita, o contar e o uso de tecnologia de todos os dias para comunicação, lidar com informações, explorar novas oportunidades e iniciar a mudança. Nesse sentido, o baixo Letramento em Saúde é uma barreira notória para o processo de comunicação e, assim, afeta os cuidados de saúde para crianças e seus responsáveis (LAMBERT; KEOGH, 2014).

Assim, o Letramento em Saúde é influenciado por características sociodemográficas e biológicas, e, além disso, o baixo letramento concorre nos resultados de saúde (IOM, 2009). Quando se aborda o Letramento em Saúde com adolescentes, Perry (2014) menciona que a tarefa de melhorar o LS entre milhões de adolescentes é desafiadora, mas, em última análise, isto se faz imperativo para atingir um melhor resultado na saúde desse grupo etário.

Assim, acredita-se que, para melhorar o conhecimento dos adolescentes em relação à prevenção IST/HIV/aids, é necessário considerar o grau de Letramento em Saúde desse grupo. Dessa forma, o Letramento em Saúde pode ser uma ferramenta na aquisição de conhecimento desse grupo acerca dessa temática, reduzindo a vulnerabilidade do adolescente IST/HIV/aids.

O Letramento em Saúde com a população adolescente é pouco estudado no cenário nacional, devendo essa temática ser aprofundada cada vez mais, pois pode ser uma ferramenta útil dentro do processo educativo que facilite o processo ensino-aprendizado desse grupo etário na prevenção das IST/HIV/aids.

A falta de estudo que evidencie o letramento da população brasileira pode estar influenciando a situação de saúde (PASSAMAI *et al.*, 2012), pois nota-se que essa temática é nova na área e, por diversas vezes, não é abordada, podendo assim causar maiores transtornos à saúde da população.

A importância do Letramento em Saúde, em linhas gerais, é de conhecimento da sociedade civil, mas, quando se volta aos adolescentes, o conhecimento específico do letramento em saúde para esse grupo torna-se desconhecido. Porém destaca-se que esse tema deveria ser difundido nessa população, pois, na adolescência intermediária (dos 15 aos 17 anos de idade), esse grupo está mais propenso a ter um comportamento sexual de risco. Com isso, medidas que previnam e aumentem o Letramento em Saúde desse grupo devem ser realizadas, pois são de grande valia para promover a saúde dessa população no que se refere ao comportamento sexual (BANISTER; BEGORAY, 2011).

Existem algumas formas de evidenciar o grau de letramento em saúde, dentre as quais destaca-se o *S-TOFLHA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults)*, que avalia o grau de letramento em saúde, porém no cenário nacional ainda não foi utilizado com a população adolescente, apenas com a população adulta.

Todavia no cenário nacional, ainda são reduzidas as pesquisas que evidenciam o grau de letramento em saúde (PASSAMAI *et al.*, 2012). E, diante disso, percebe-se a importância de explorar-se esse tema, principalmente com uma categoria tão peculiar como a dos adolescentes, como uma etapa imprescindível no processo de educação em saúde desse grupo.

Assim, o estudo visa avaliar o grau de letramento em saúde de adolescentes escolares em Fortaleza-CE considerando as suas variáveis sociodemográficas e características sexuais e correlacionando ao conhecimento deste grupo na prevenção das IST/HIV/aids.

Por fim, defende-se a tese de que, quanto maior o grau de Letramento em Saúde, melhor é o conhecimento do adolescente em relação à prevenção de IST/HIV/aids. A partir

disso, estratégias educativas devem ser elaboradas com uma linguagem mais apropriada ao público-alvo com base no grau do letramento deste.

Assim, ao se provar essa tese, medidas interventivas deverão considerar o Letramento em Saúde dos adolescentes para que se consiga ter estratégias educativas que propiciem a melhora do conhecimento dos adolescentes na prevenção de IST/HIV/aids. Além disso, este pode ser uma ferramenta das políticas públicas voltadas a esta parcela da população fazendo com que possa implementar ações voltadas ao entendimento da população adolescente.

O letramento em saúde ainda não é muito estudado no cenário nacional com a população adolescente, com isso, se faz imperativo que esta variável seja avaliada para a realização de intervenções educativas com esta parcela da população, para que então, ações embasadas no grau de letramento sejam concretizadas, pois, assim, melhores resultados serão alcançados.

1.2) Envolvimento com a temática

A temática do Letramento em Saúde emergiu no desenvolvimento da dissertação de Mestrado, visto que na realização desta pesquisa foi aplicado três intervenções educativas com a população adolescentes relacionando com o conhecimento deste público em relação à prevenção das IST/HIV/aids. Com base nos resultados obtidos, foi possível verificar que os resultados alcançados na pesquisa tiveram influencia de um fator que não havia sido identificado ao dividir os adolescentes entre os grupos, sendo este identificado como letramento em saúde (SCOPACASA, 2013).

De acordo com exposto, ficou notório a heterogeneidade do fator denominado letramento em saúde entre os adolescentes na aplicação das intervenções educativas. Com isso, emergiu a necessidade de verificar este influenciador no processo ensino-aprendizado dos adolescentes, e quando se procurou na literatura poucos estudos nacionais foram observados, ressaltando a necessidade de investigar o letramento em saúde com os adolescentes escolares.

2 OBJETIVOS

- ❖ Validar o questionário *S-TOFLHA* para adolescentes escolares;
- ❖ Identificar o conhecimento de adolescentes em relação à prevenção de IST/HIV/aids;
- ❖ Analisar, por meio do *S-TOFLHA*, o grau de letramento de adolescentes escolares;
- ❖ Comparar o conhecimento de adolescentes em relação à prevenção de IST/HIV/aids com o grau de Letramento em Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Adolescência, IST/HIV/Aids e prevenção

A definição de adolescente diverge quando se observa na literatura o quesito etário. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o período da adolescência é compreendido dos 12 aos 18 anos de idade incompletos, já para OMS é caracterizado pelos indivíduos entre 10 e 19 anos (OMS, 1995; BRASIL, 1990). No presente estudo foi usada a definição da OMS.

Nessa etapa do ciclo vital, acontece também a puberdade, que é um período da adolescência que se caracteriza pelas mudanças biológicas que ocorrem nessa fase da vida, sendo caracterizada pela passagem da imaturidade física à capacidade de reprodução sexual. Durante esta etapa da vida, as pessoas estão em processo de evolução da sexualidade e isso é uma característica singular e marcante deste grupo etário. Sabe-se que o adolescente vive uma dualidade, na qual fisicamente está pronto e psíquicamente imaturo para a reprodução, com isso, a ousadia e timidez para viver sua sexualidade ficam de forma evidente, e neste momento o prazer e o risco estão caminhando próximo, proporcionando uma maior vulnerabilidade aos adolescentes (COLE & COLE, 2003; CRESPIIN; REATO, 2007; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010; LUNA, 2014).

O despertar da sexualidade, que geralmente ocorre na adolescência, acaba culminando na iniciação da atividade sexual. Esse fato é de grande importância, pois as diversas alterações que acontecem durante essa fase da vida podem fazer com que a sexualidade seja exacerbada e, assim, possa acarretar práticas sexuais desprotegidas (CAMARGO; FERRARI, 2009; CRESPIIN; REATO, 2007; LUNA, 2014).

A sexualidade é um elemento da vida e está relacionada ao desenvolvimento pleno das pessoas, formando a personalidade dos indivíduos. É importante ressaltar que diversos fatores, como as emoções e os relacionamentos amorosos, dependem do amadurecimento da sexualidade, que acontece da infância para a adolescência (COSTA *et al.*, 2001).

A adolescência é uma fase da vida que proporciona maior vulnerabilidade às pessoas. Isso pode ser ocasionado pelo fato de esta etapa ser marcada por mudanças de grande impacto, além do aparecimento de inúmeros questionamentos, principalmente no que tange a temática da sexualidade (JESUS *et al.*, 2011; SILVA, 2015).

Por ser um grupo instável, os adolescentes acabam sendo bastante influenciados pelas vulnerabilidades presentes, como a pobreza, a violência, a exploração sexual, a baixa

escolaridade, a exploração do trabalho, a gravidez, o abuso de drogas, a privação da convivência familiar e comunitária e as IST/HIV/aids (UNICEF, 2011).

United Nations Declarations and Goals (UNAIDS, 2014) afirma que aproximadamente 36,9 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo, dois milhões de pessoas se infectaram com o HIV e quase 1,2 milhões de pessoas morreram por causa do vírus.

No mundo, em 2015, ocorreram 2,1 milhões de novas infecções pelo HIV, totalizando 36,7 milhões de pessoas com HIV. Adolescentes pertencentes ao sexo feminino e mulheres jovens, idade entre 15-24 anos, são responsáveis por 20% das novas infecções pelo HIV entre adultos jovens. Nos últimos anos, o número de pessoas que vivem com HIV e realizam terapia antirretroviral aproxima-se de 17 milhões (UNAIDS, 2016a).

Na América Latina, em torno 87,000 pessoas foram identificadas com nova infecção pelo HIV e 1,7 milhões de pessoas vivem com o HIV nesta abrangência (UNAIDS, 2014). O Brasil é considerado o país que mais concentra casos de novas infecções pelo HIV na América Latina e corresponde a 40% das novas infecções, enquanto somando Argentina, Colômbia, Cuba, Venezuela, Guatemala, México e Peru chega 41% desses casos (UNAIDS, 2016b).

De acordo com Boletim Epidemiológico IST/Aids (2014), entre os homens, observa-se um aumento estatisticamente significativo da taxa de detecção entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais nos últimos dez anos; destaca-se o aumento da taxa em jovens de 15 a 24 anos, observando-se, entre aqueles com 15 a 19 anos, um aumento de 53,2% e entre os de 20 a 24, de 10,3%, no período de 2004 a 2013. A taxa de detecção dos últimos dez anos segundo faixa etária, entre as mulheres, apresenta tendência significativa de aumento entre aquelas com 15 a 19 anos, 55 a 59 anos e 60 anos ou mais, sendo o aumento de 10,5%, 24,8% e 40,4% de 2004 para 2013, respectivamente.

O Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais estima que 734 mil pessoas vivem com HIV/aids no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Na população de 15 a 49 anos, esta é de 0,6%, sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres. Entre os jovens de 17 a 21 anos do sexo masculino, esta taxa foi estimada em 2007 em 0,12% e 1,2% nos homens que fazem sexo com homens (HSH) da mesma faixa etária (BRASIL, 2014).

O último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil mostrou que metade das novas infecções por aids surge em pessoas menores de 24 anos. Esses dados confirmam que ocorreu o aumento do número de casos em jovens de 15 a 24 anos, sendo

observado que a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos triplicou (de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes) e entre os de 20 a 24, quase dobrou (de 16,0 para 30,3 casos por 100 mil habitantes), no período de 2005 a 2014 (BRASIL, 2015).

A vulnerabilidade dos adolescentes às IST/HIV/aids é devida a diversos motivos, dentre os quais se podem destacar a precocidade nas relações sexuais, a multiplicidade de parceiros e a baixa utilização de preservativos (BARRETO; SANTOS, 2009), e isso pode estar influenciando este aumento detectado de incidência do HIV.

Aspectos presentes na sociedade propiciam aumento da infecção pelo HIV entre as mulheres, pois o homem tem um significado de provedor, tendo um papel ativo e fazendo com que a mulher passe a situação de passividade e, com isso, seja um empecilho na negociação do preservativo, o que proporciona uma situação de maior vulnerabilidade às mulheres (SAMPAIO, 2011; BORDIGNON; LIBERALI; BORDIGNON, 2017).

Fato de muitas IST não serem de notificação compulsória faz com que seja difícil inferir a sua disseminação na população, sobretudo nos adolescentes, de forma exata. Já quanto as Hepatites virais que são consideradas IST e o HIV de acordo com o MS o aumento de infecção não se limitou apenas ao HIV, pois foi verificado também no que tange às Hepatites Virais (BRASIL, 2017).

Com base no exposto, vê-se que são múltiplos os fatores que interferem na saúde sexual saudável dos adolescentes. Fato este que é corroborado pela literatura, pois segundo Taquette (2005), existem diversos fatores que fazem com que os adolescentes apresentem riscos às IST/HIV/aids.

Para tentar modificar esse panorama e reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes às IST/HIV/aids, é necessário investimentos, sobretudo na saúde e educação desses jovens, além de investimentos estruturais e sociais (TAQUETTE, 2005). Com isso, é importante que haja uma atenção maior e medidas interventivas mais focadas a este grupo, para reduzir as iniquidades e, assim, promover a saúde no que tange a prevenção de IST/HIV/aids.

No contexto da prevenção das IST/HIV/aids é necessário pontuar a atuação dos profissionais da saúde e da educação, sendo o processo de formação destes de grande importância, pois, por diversas vezes, os professores apresentam dificuldades na abordagem da sexualidade com adolescentes, e o cenário que eles atuam é valioso para o desenvolvimento de atividades com este grupo (GODOY MARTINS; SOUZA, 2015).

Sabe-se que a população jovem e adolescente é considerada vulnerável às IST/HIV/aids, destaca-se que isto ocorre pelo uso descontínuo de medidas protetivas e, pelo

desconhecimento acerca dos meios de prevenção das doenças. Assim, ações inerentes às atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, orientações para o autocuidado é de grande valia (SPINDOLA *et al.*, 2015).

A falta de conhecimento dos adolescentes a respeito dos sinais e sintomas de IST/HIV/aids é notória, assim é necessário investimento em intervenções educativas, visando o empoderamento da população (CARVALHO *et al.*, 2015).

Atualmente, sabe-se que os indicadores na adolescência como gravidez, IST/HIV/aids, violência, abandono escolar mostram a necessidade de abordar os adolescentes nestas áreas por meio de ações de prevenções e promoções de baixo custo, proporcionando uma melhora no perfil epidemiológico dos adolescentes (BACCARAT DE GODOY MARTINS; SALOME DE SOUZA, 2013). Dentre essas, pode-se destacar as atividades de educação em saúde com enfoque na prevenção.

A incidência de IST/HIV/aids na população jovem configura como problema de saúde pública que precisa de atenção e intervenção dos profissionais de saúde. Nesse sentido, as ações de educação em saúde e de sensibilização da população jovem sobre esta temática, e, além disso, os meios para a sua prevenção, devem ser estimuladas pela articulação entre familiares, educadores e profissionais de saúde (SPINDOLA *et al.*, 2015).

Para propiciar prevenção as IST/HIV/aids e autonomia do adolescente é necessária ação interdisciplinar dos diversos âmbitos que envolvem os adolescentes como: saúde, escola e rede social, que promovam reflexões quanto à vulnerabilidade além de fornecer informações que visem à assistência integral, igualitária e humanizada da população jovem (CARVALHO *et al.*, 2015).

Inúmeros são os achados que fazem com que os adolescentes não apresentem comportamento seguro no que se refere à prevenção às IST/HIV/aids. Todavia quando se observa mais claramente esses aspectos, visualiza que todas as justificativas mencionadas pelos adolescentes perpassam pela carência de informação que é remediada por meio de ações educativas com este grupo (BORDIGNON; LIBERALI; BORDIGNON, 2017; GOLDSBERRY; MOORE; MACMILLAN; BUTLER, 2016)

Dentro deste contexto do desenvolvimento de ações educativas com os adolescentes, destaca-se a figura do enfermeiro no ambiente escolar, que é considerado educador em saúde nato, com habilidade técnica e interpessoal para fortalecer o comportamento seguro no que se refere à prevenção de IST/HIV/aids por meio de intervenções educativas (BORAWSKI *et al.*, 2015).

3.2 Educação em saúde como ferramenta para promoção da saúde do adolescente

Adotar uma concepção de adolescência e educação dentro de uma perspectiva biomédica e desconectada do universo em que cada um desses adolescentes se constituiu facilita a aderência a abordagens que atribuam a incapacidade, a doença e o estigma a esse grupo etário. Percebe-se a importância de ampliar os estudos que contemplem o encontro entre saúde e educação para que, cada vez mais, se evidenciem possibilidades de um trabalho efetivo e que implique em uma reflexão de como a escola, a família e as demais estruturas sociais podem convergir para a promoção da saúde do adolescente, ou seja, de como as relações sociais são potentes em favor da construção de possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento ou podem ser adoeedoras se não forem utilizadas adequadamente (LUCKOW; CORDEIRO, 2017).

A construção do conhecimento decorre de uma ação conjunta baseada na mediação entre pessoas e de apropriação dos modos comportamentais e culturais da história humana. A interação social torna-se condição indispensável para a aprendizagem e para o desenvolvimento (SOUZA *et al.*, 2017). Surge, nesse contexto, a importância das ações educativas para fomentar o conhecimento, sobretudo entre adolescentes, fazendo com que se propicie o processo ensino-aprendizado desse grupo etário.

As ações da educação em saúde realizadas no nível escolar, mesmo que ocasionais, demonstraram eficácia na aquisição de conhecimento por adolescentes sobre questões que envolvessem estilo de vida saudável, evidenciando um cenário que não era esperado: a falta de informações e oportunidades para mudanças comportamentais dos adolescentes escolares. Simples estratégias educativas podem ter resultados importantes para mudanças de estilo de vida (VIERO; FARIAS, 2017).

A inclusão na grade curricular da temática educação sexual em algumas escolas norte-americanas apresentou melhora significativa em adolescentes que já haviam iniciado atividade sexual. Foi percebido também que existem lacunas críticas nos tipos de informações e que a maioria dos adolescentes receberam informações após o início da atividade sexual (HALL, 2016).

No âmbito nacional, o adolescente não recebe informação adequada no serviço de saúde de maneira geral, para os adolescentes, existem barreiras relacionadas à disponibilidade de serviços e à falta de integração de serviços. A maioria dessas dificuldades

estava relacionada à aceitabilidade do próprio serviço em abordar este grupo etário (LEVINSON; LEICHLITER; MOULI, 2016).

Abordagens atualizadas e integradas entre os serviços de saúde e que transpõe os muros das salas de aula, o uso de tecnologias favoráveis à juventude são necessárias para mudar a paradigmas da saúde sexual, avançando na educação sexual e melhorando os resultados na promoção da saúde sexual e reprodutiva adequada aos adolescentes (HALL, 2016)

Mais do que qualquer outra área da saúde, a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é influenciada por aspectos culturais, religiosos, jurídicos, políticos e econômicos, sendo necessário considerar os determinantes sociais na abordagem dessa temática, pois as estratégias mais eficazes são tipicamente multisetoriais (PATTON *et al.*, 2016).

Algumas barreiras são percebidas durante o desenvolvimento das ações de educação em saúde, como os adolescentes não procurarem os serviços de saúde com frequência, evidenciando assim a importância de usar a escola como cenário para o desenvolvimento das estratégias educativas, devendo haver o deslocamento do profissional da saúde ao ambiente escolar.

Outro aspecto preocupante é que alguns enfermeiros não se sentem capazes de abordar temáticas tão peculiares como a sexualidade com os adolescentes. Corroborando o exposto, Yip *et al.* (2015) menciona que a maioria dos enfermeiros teve uma grande consciência da importância do comportamento seguro nas relações sexuais, mas raramente se sentiu experiente ou confortável na abordagem desse assunto com os jovens. O desconforto dos profissionais de saúde está relacionado à falta de prática e treinamento deles.

Outra dificuldade no desenvolvimento das estratégias educativas é a falta de interesse dos adolescentes nas propostas apresentadas pelos profissionais, fato que pode estar relacionado às estratégias tradicionais que não aguçam a curiosidade e o interesse dos adolescentes. Com isso, aqueles que não aprendem ou não se comportam acabam se encaixando no estigma de serem inadequados para o processo educativo, e, a partir disso, a responsabilidade pelo insucesso da atividade proposta é transferida ao adolescente (LUCKOW; CORDEIRO, 2017).

Para se ter ações educativas efetivas, é necessário integrar profissionais da saúde e da educação e familiares, pois a integração dos pais nesse processo mostra ao adolescente um ambiente confiável, no qual a comunicação fica fortalecida, obtendo resultados mais satisfatórios (DINAJ-KOCI *et al.*, 2015). Além disso, é necessário capacitar os profissionais a

desenvolverem estratégias educativas, enfocando na prevenção e saindo do modelo biomédico (ROBINSON; ROBINSON, 2017).

Por fim, a educação em saúde é uma ferramenta importante para a obtenção da saúde dos adolescentes, devendo haver esforços para que seja realizada durante toda a adolescência, contemplando todas as fases do adolescente (ROHRBACH *et al.*, 2015), pois, quando isso se fizer imperativo, mais facilmente será obtido desenvolvimento adequado da promoção da saúde do adolescente.

3.3 Escolaridade na adolescência

A escolaridade é definida para se referir ao tempo de permanência dos alunos no ambiente escolar, o que mostra sua relação com o avançar da série ou grau de estudo (HOUAISS, 2009).

Quando pensamos no termo da alfabetização, ela parece ser algo comum para quem tem essa habilidade, porém, para muitos, isso aparenta ser um escopo quase inatingível (UNESCO, 2009).

De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 2009), aproximadamente um em cada cinco adultos no mundo não tem acesso à comunicação escrita por meio da alfabetização, 75 milhões de crianças estão fora do ambiente escolar e outros tantos milhões de jovens terminam a escola sem nível de alfabetização adequado.

Agravando mais esse panorama, 85% da população analfabeta do mundo, o que equivale a 650 milhões de pessoas, residem em apenas 35 países, sendo estes, na maioria das vezes, em desenvolvimento. Cada um dos 35 países tem uma taxa de alfabetização menor que 50% ou uma população de mais de 10 milhões de pessoas que não sabem ler ou escrever. Dois terços dessas pessoas são mulheres e meninas (UNESCO, 2009). Essa última informação mostra a relação de gênero ainda presente em muitos países, com uma cultura predominantemente machista.

De acordo com a Unesco (2013), o número de analfabetos reduziu nos últimos dez anos em 150 países, mas 774 milhões de pessoas com mais de 15 anos permanecem sem saber ler. Desse total, 64% são mulheres. Entre os 123 milhões de analfabetos de 15 a 24 anos, 76 milhões são do sexo feminino.

Em 2011, a taxa de alfabetização adulta mundial foi de 84,1% e de jovens 89,5%. A África Subsaariana e o Sul e o Oeste da Ásia são as regiões do planeta menos alfabetizadas.

No entanto, na Europa Central e Oriental, na Ásia Central, no Leste Asiático e Pacífico e na América Latina e no Caribe, esse panorama é diferente: a média de adultos e jovens alfabetizados é de mais de 90% (UNESCO, 2013).

A população brasileira tem característica heterogênea no que se refere ao grau de escolaridade. Atualmente, as pessoas podem ser caracterizadas como analfabetas, analfabetas funcionais e escolarizadas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) define como analfabetas: “*As pessoas que declarassem não saber ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhecem. Aquelas que aprenderam a ler e escrever, mas esqueceram, e as que apenas assinassem o próprio nome*”. Já para o mesmo instituto, analfabeto funcional “*é a pessoa que possui menos de quatro anos de estudos completos*”. E, por fim, a pessoa escolarizada é aquela que frequenta escola.

Pontua-se ainda que esses conceitos apresentam divergências na literatura, porém foram utilizados para conceituar os aspectos epidemiológicos demonstrados a seguir.

De acordo com o IBGE, a taxa de analfabetismo no Brasil vem diminuindo na série histórica de pessoas com mais de 10 anos, pois, em 1992, essa taxa era de 16,44% e, em 2011, foi reduzida para 7,9%. Já no que se refere à estratificação etária, entre adolescentes de 10 a 14 anos, a redução foi de 12,4% para 1,9% no mesmo período e, para a faixa etária de 15 anos ou mais, essa taxa era de 17,2% em 1992, diminuindo para 8,6% em 2011 (IBGE, 2014; IBGE, 2014). Na região Nordeste, também houve redução nesse período de 32,1% para 15,3% (IBGE, 2014).

Esses dados mostram de maneira objetiva a porcentagem de pessoas de acordo com a habilidade da leitura e escrita, não se relacionando ao conhecimento delas ou à condição para obtenção desse conhecimento.

No âmbito do analfabetismo funcional também ocorreu um declínio, pois 27,3% da população brasileira, em 2001, era considerada analfabeta funcional, sendo essa taxa reduzida para 20,3% em 2009 (IBGE, 2009).

É importante deixar claro que até o momento da escrita da tese, esses dados do IBGE eram os mais recentes, não tendo boletins mais atualizados.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), o acesso à escola não significa a garantia de aprendizagem das crianças e dos adolescentes, pois muitos não conseguem avançar na escolaridade devido à qualidade da educação e à precariedade do ambiente de aprendizagem. A baixa escolaridade é uma vulnerabilidade do adolescente, porque coloca limites às chances que têm e terão no decorrer de sua vida.

A quantidade de crianças e adolescentes entre a faixa etária de 7 a 14 anos que são analfabetos é superior a 2,3 milhões, o que corresponde a 8,3% do total. Entretanto, o número de meninos e meninas na mesma faixa etária que não estão nas escolas é bem inferior: 680 mil, o equivalente a 2,4%. Percebe-se que muitos estudantes com mais de oito anos frequentam as salas de aula, mas não sabem ler e escrever, de acordo com a UNICEF (2009).

Os adolescentes, de maneira geral, apesar de estarem classificados na sua maioria como alfabetizados pelas pesquisas que traçam o perfil da população brasileira, têm um grau de compreensão das informações ainda pouco desenvolvido. Isso evidencia que, embora saibam ler e escrever, eles podem não compreender a informação que é dada.

Estudos mostram a relação da baixa escolaridade com a gravidez na adolescência, o comportamento suicida e o início precoce da atividade sexual (AMORIM *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2015).

No que se refere ao início da atividade sexual, quanto menor for a escolaridade do adolescente, maior será o risco para o início precoce da atividade sexual. Jovens que tinham até quatro anos de estudos apresentaram risco 41% acrescido de iniciação sexual precoce em comparação àqueles com 12 anos ou mais de estudos (HUGO *et al.*, 2011).

Estudo realizado mostrou que o número de parceiros sexuais nos últimos doze meses (período da pesquisa) estava associado à escolaridade do adolescente. Além disso, a pesquisa indicou que o incentivo à escolaridade é uma estratégia que deve ser realizada para diminuir o comportamento de risco do adolescente (CRUZEIRO *et al.*, 2010).

Menciona-se ainda que a escolaridade dos pais, principalmente a materna, também é um fator de proteção no que se refere à saúde da criança e do adolescente, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (IBGE, 2012). Corroborando o exposto, a pesquisa mostra também que a baixa escolaridade do chefe da família é fator de risco para o consumo de álcool (CAMPO *et al.*, 2011).

A escolaridade exerce influência não somente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva do adolescente; no caso de déficit na estatura, há a influência da escolaridade, além de outros fatores, e no excesso de peso, há uma relação com a escolaridade dos jovens e de seus pais, entre outros fatores (LEAL *et al.*, 2012).

A baixa escolaridade está relacionada à exclusão dos adolescentes nos primeiros anos dessa etapa de vida. De acordo com a Unicef (2011), quem, nos dias atuais, tem entre 12 e 17 anos e tem poucos anos de estudos resulta da falta de acesso à educação infantil e da precariedade do ensino fundamental no decorrer de sua vida.

O grau de escolaridade está intimamente ligado aos comportamentos seguros dos adolescentes, pois, a partir disso, pode-se criar políticas públicas para que se atinja a promoção da saúde destes. A educação tem a capacidade de transformar vidas, pôr fim ao ciclo de pobreza intergeracional e prover os alicerces para um desenvolvimento sustentável, e a baixa escolaridade limita transformações pessoais e sociais e é a parte da engrenagem que gera pobreza e limita o desenvolvimento (UNICEF, 2011).

Para se ter o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem satisfatório é necessário integrar a família, a escola, os pares e o profissional da saúde. Pois, o adolescente precisa ter um ambiente salutar para transpor suas dúvidas e questionamentos de maneira que se tenha conhecimento confiável, isento de tabus e mitos. Assim, quando ocorre o uso da mesma linguagem das pessoas que permeiam a rotina do adolescente, ocorre um fortalecimento do processo educativo deste grupo.

3.4 Letramento em saúde na adolescência

O termo Letramento em Saúde surgiu pela primeira vez no cenário internacional em 1970 (SIMONDS, 1974). Em 1993, houve uma pesquisa nacional nos Estados Unidos da América (EUA) na qual foi avaliada a alfabetização dos adultos. Nesse estudo, evidenciou-se que mais de 40 milhões de americanos apresentavam dificuldades com leitura (KIRSCH et al., 1993). Assim, percebeu-se a importância de se considerar o grau de Letramento em Saúde das pessoas para que estas consigam realizar adequadamente o manejo das suas doenças (BAKER, *et al.*, 1999).

Destaque-se, inicialmente, que Letramento em Saúde, do inglês *Health Literacy*, é conceituado como o nível em que as pessoas são capazes de obter, processar e entender informações básicas de saúde e dos serviços necessários para tomar decisões de saúde adequadas. Para tanto, a pessoa precisa apresentar, efetivamente, competência funcional para usar e interpretar textos, documentos e números. No entanto, é importante mencionar que, para a OMS, Letramento em Saúde vai além da “leitura de panfletos”, de modo que não se deve restringir o sentido de educação em saúde, abordando-se, na verdade, fatores ambientais, políticos e sociais como determinantes para a saúde das pessoas (WEISS *et al.*, 2005; USDHHS, 2010; WHO, 2011).

Ressalte-se ainda que o Letramento em Saúde é considerado um novo conceito que é empregado dentro da promoção da saúde, a qual, por sua vez, na prática de enfermagem, se mostra como fonte de ações modificadoras, indicando novos caminhos para favorecer e

umentar as opções de qualidade de vida, sendo composta de intervenções que são realizadas juntamente com as pessoas, alcançando diversos âmbitos (NUTBEAM, 2006; SILVA, 2009).

O *Institute of Medicine* (IOM, 2004) pontua que um alto nível educacional pode não ser o bastante para a compreensão do significado da linguagem médica e técnica. Assim, de acordo com a referida instituição, os fatores que influenciam o Letramento em Saúde podem ser agrupados em: sociodemográficos (ocupação, emprego, renda, suporte social, cultura, linguagem, educação, etnia, idade) e biológicos (visão, audição, habilidade verbal, memória, raciocínio). O baixo letramento, por sua vez, concorre para influenciar os resultados da saúde referentes ao acesso e à utilização de cuidados de saúde, à interação profissional de saúde-paciente e ao autocuidado (IOM, 2009).

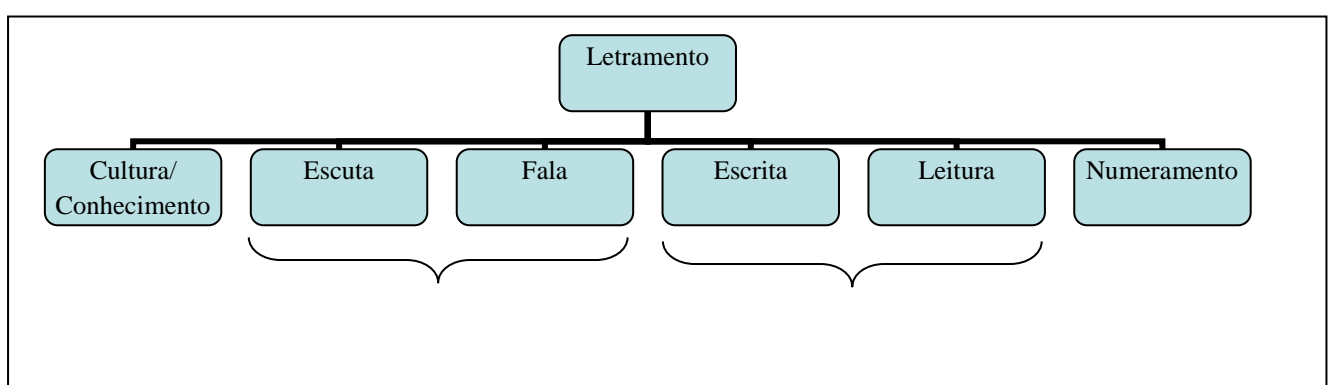
O Letramento em Saúde pode ser colocado dentro dos vários contextos. A construção inclui o conhecimento cultural e conceitual, que poderia incluir uma compreensão da saúde e da doença, e uma conceituação dos riscos e benefícios (IOM, 2004).

A habilidade na escuta e na fala é essencial para a comunicação no serviço de saúde, e essa comunicação pode ser feita por meio das metas de publicidade do setor comercial, por interações com o paciente e pela apresentação de sintomas clínicos necessários para o diagnóstico.

A destreza na escrita e na leitura, que, em muitos casos, é denominada alfabetização de impressão, é necessária para a realização das tarefas relacionadas ao uso de material impresso, como informações que são encontradas nos rótulos dos produtos no mercado, em folhetos de educação em saúde, em frascos de medicamentos ou em documentos de consentimento informado.

A desenvoltura em matemática, também chamada de numeramento, é necessária para calcular os rótulos nutricionais, calibrar a temperatura, comparar benefícios, determinar a dosagem e o tempo apropriado dos medicamentos. Essas habilidades são reconhecidas como componentes essenciais para o Letramento em Saúde (IOM, 2004), contextos estes que podem ser visualizados na figura abaixo.

Figura 1 - Contextos do Letramento em Saúde segundo o *Institute of Medicine*





*Fonte: Figura traduzida do livro *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, 2004

Além disso, sabe-se que há disparidade quando se aborda o Letramento em Saúde. As disparidades de saúde são multifatoriais, o que resulta da interação de uma variedade de fatores, como: socioeconômicos e ambientais (onde as pessoas vivem, condições de moradia/bairro), fatores psicossociais (estresse, exposição à discriminação), comportamentos de saúde, acesso ao serviço de saúde e qualidade dos cuidados fornecidos (IOM, 2011).

Nesse sentido, objetivamente pontuando, o Letramento em Saúde é o lugar no qual as competências e as habilidades atendem às demandas e à complexidade dos sistemas de saúde. Há oportunidades em ambos os lados dessa equação, e o campo passou a reconhecer o impacto da demanda e da complexidade como um complemento para abordar as competências e as habilidades individuais (IOM, 2015).

Corroborando o explicitado, nota-se o quanto o Letramento em Saúde influencia na qualidade do serviço de saúde ofertado, culminando assim na propensão a hábitos de vida com maior qualidade. Desse modo, torna-se preocupante o pouco número de pesquisas nessa área no cenário nacional.

Atualmente, existem diversas formas de mensurar o Letramento em Saúde de adolescentes, como o S-TOFHLA, instrumento para medir a habilidade para compreender e avaliar o Letramento em Saúde, o instrumento de Nubeam's, o *TOFHLA* e o *REALM-Teen* (PERRY et al., 2014).

Assim, detalhando um pouco mais essas ferramentas, menciona-se que o instrumento capaz de mensurar a habilidade para compreender e avaliar o Letramento em Saúde apresentou como achados mais significativos a criação de um instrumento para medir o esse letramento nos adolescentes, enfatizando ainda mais a distinção entre a alfabetização de saúde e a alfabetização geral (WU et al., 2010). O instrumento de Nubeam's foi composto por itens que foram retirados do inquérito de saúde para formar escalas curtas para conhecimento relacionado à saúde, atitudes e comunicação; os itens abrangem atividade física, nutrição, tabagismo, vacinação, saúde dentária e saúde em geral (SCHMIDT *et al.*, 2010).

O *Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen)* permite a inclusão de adolescentes na pesquisa de forma crescente e avalia o impacto da baixa literacia

em saúde. O Realm-Teen também pode ser clinicamente útil. Reconhecer e tratar o problema mais cedo pode ajudar a diminuir os resultados adversos a longo prazo (DAVIS et al., 2006).

O *TOFHLA* foi desenvolvido por Parker (1995) e é compreendido por um instrumento no formato de questionário que avalia habilidade de compreensão numérica e digital das pessoas. Ele é compreendido por 50 itens dividido em três partes, apresentando variações, como o *S-TOFLHA*.

A versão breve do *TOFLHA* é integrada pelos mesmos 36 itens do *S-TOFHLA* e por mais quatro itens de numeramento, como mencionado anteriormente. A versão longa leva até 22 minutos para ser administrada, e a breve, 12 minutos. Na medição da competência em numeramento, é requisitada a compreensão sobre o uso de medicamentos, a monitoração da glicose sanguínea e a data da consulta clínica. Para tanto, são utilizados rótulos de frascos de comprimidos e cartões de marcação de consultas (PASSAMAI, 2012).

Não existem muitos trabalhos voltados para adolescentes abordando letramento em saúde, porém estudo realizado por Chang, Hsieh e Liu (2012) avaliou propriedades psicométricas do *S-TOFHLA* para adolescentes chineses e nele conseguiu identificar uma boa validade interna. Esse fato mostra que tal instrumento pode ser utilizado com adolescentes na avaliação do seu Letramento em Saúde.

O Letramento em Saúde inadequado é prevalente e se associa a desfechos clínicos indesejáveis que impactam desfavoravelmente na história natural de várias doenças crônicas. Embora o LS inadequado seja mais comum nos segmentos sociais mais vulneráveis, qualquer indivíduo pode ser afetado. A identificação do nível de letramento não é fácil e não se deve esperar que o paciente revele a sua limitação (SANTOS *et al.*, 2012).

O Letramento em Saúde envolve habilidade cognitiva, social, incluindo proficiência na linguagem, e leitora; letramento numérico; capacidade de empregar cuidados de saúde; além de compreensão de riscos e vulnerabilidades. O Letramento em Saúde inadequado está relacionado a desfecho indesejado (LAMBERT; KEOGH, 2014).

Assim, no cenário internacional, o Letramento em Saúde vem ganhando cada vez mais espaço, porém, a nível nacional, isso não se reflete, pois, as pesquisas com Letramento em Saúde ainda se restringem aos adultos, tendo sido encontrado apenas três artigos na Biblioteca Virtual em Saúde voltados para letramento em saúde dos adolescentes. Isso foi possível observar por meio da busca sistematizada na literatura de artigos sobre letramento em saúde e adolescente no âmbito nacional e internacional.

Pontua-se ainda que o Letramento em Saúde deve, cada vez mais, ser abordado, uma vez que está intimamente relacionado com o processo de educação em saúde da população, na qual inclui-se o adolescente.

Sabe-se que o letramento é sinônimo de condições de vida saudáveis, e o não letramento é característica de hábitos não saudáveis (TONES, 2002). Assim, práticas que estimulem e avaliem o letramento devem ser realizadas.

O Letramento em Saúde vai além da leitura de informações, ele abrange a compreensão do comando que lhe é fornecido. Assim, menciona-se que este seja primordial para a promoção da saúde do adolescente.

O letramento em Saúde é uma ferramenta que pode ser utilizada dentro do desenvolvimento das intervenções educativas com adolescentes, tanto pelos profissionais da educação quanto aos da saúde, dentro os quais destaca-se o enfermeiro. Pois, o desenvolvimento de ações com a abordagem do letramento em saúde durante a adolescência é fator de proteção à saúde dos indivíduos em situação de risco, o que torna este grupo menos vulnerável devido à capacidade de lidar melhor com essas situações (ROCHA; ROCHA; LEMOS, 2017).

Incrementar a educação em saúde e promover intervenções educativas embasadas no letramento em saúde e no seu fortalecimento deve ser considerada na elaboração de estratégia de política de saúde para a redução das iniquidades e vulnerabilidades da população, sobretudo dos adolescentes (WU et al., 2017).

3.4.1 Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

A temática do letramento em saúde vem ganhando maior espaço nas últimas décadas e um dos fatores que influencia este acontecimento era a falta de testes adequados a esta realidade. Assim, Parker et al. (1995) desenvolveu o *TOFLHA*, porém menciona-se que já existiam outros instrumentos naquela época, como o *The Wide Range Achievement Test-Revised* (WRAT-R), que pode ser utilizado para atribuir uma nota, mas a análise desse resultado pode ser problemática por não dar uma estimativa do grau de letramento funcional em saúde. Além desse instrumento, havia também o *The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), que identificava a habilidade de leitura (PARKER et al., 1995).

Nesse contexto apresentado para melhor compreensão do letramento funcional em saúde, foi desenvolvido o *TOFHLA*, que contém passagens que envolvem a habilidade na leitura e frases abordando numeramento por meio de situações reais do serviço de saúde (PARKER et al., 1995).

O TOFLHA foi desenvolvido na Universidade do Estado da Georgia e publicado em 1995, e, para sua construção, especialistas em letramento revisaram mais de trinta situações que envolviam textos comumente usados em hospitais, dentre os quais se podem citar materiais educativos para pacientes, instruções para testes diagnósticos, prescrições, instruções e formulários de pacientes. Assim, o *TOFHLA* foi desenvolvido a partir de amostras desses itens que eram amplamente utilizados e apresentavam dificuldades diferentes. Nesse contexto, o teste do *TOFHLA* apresenta duas partes: uma de habilidade de leitura contendo 50 itens e outra de numeramento com 17 itens (PARKER *et al.*, 1995).

O *S-TOFHLA* foi desenvolvido a partir da redução do *TOFHLA*, e este contém a passagem que avalia a habilidade de leitura contendo 36 itens abordando o preparo do trato gastrointestinal superior e os direitos e as responsabilidades dos pacientes. Já a parte do numeramento do teste foi escolhida com base na importância, na frequência com que ela aparecia no serviço, na proporção de resposta errada e na percepção da facilidade da aplicação do item. Inicialmente ficaram cinco itens dos dezessete presentes no *TOFHLA*, e destes um foi descartado por apresentar baixa correlação com os demais, ficando quatro itens de numeramento (BAKER *et al.*, 1999).

O *S-TOFHLA* é uma medida prática do letramento funcional de saúde, apresentando boa confiabilidade e validade para que possa ser usado por educadores em saúde para identificar os indivíduos que necessitam de assistência especial para atingir as metas de aprendizagem. Além disso, o *S-TOFHLA* reduziu o tempo de aplicação para 12 minutos quando comparado ao *TOFHLA*, que era de 22 minutos (BAKER *et al.*, 1999).

Pontua-se ainda que um estudo piloto realizado com o *TOFHLA* na população adolescente entre 13 e 17 anos mostrou que a habilidade na leitura do *TOFLHA* está válida para essa população, sendo de grande relevância, pois a maioria das ferramentas que avalia o Letramento em Saúde é voltada ao público adulto, devendo haver instrumentos para a população adolescente, pois esta, cada vez mais, toma decisões sobre sua situação de saúde (CHISOLM; BUCHANAN, 2007).

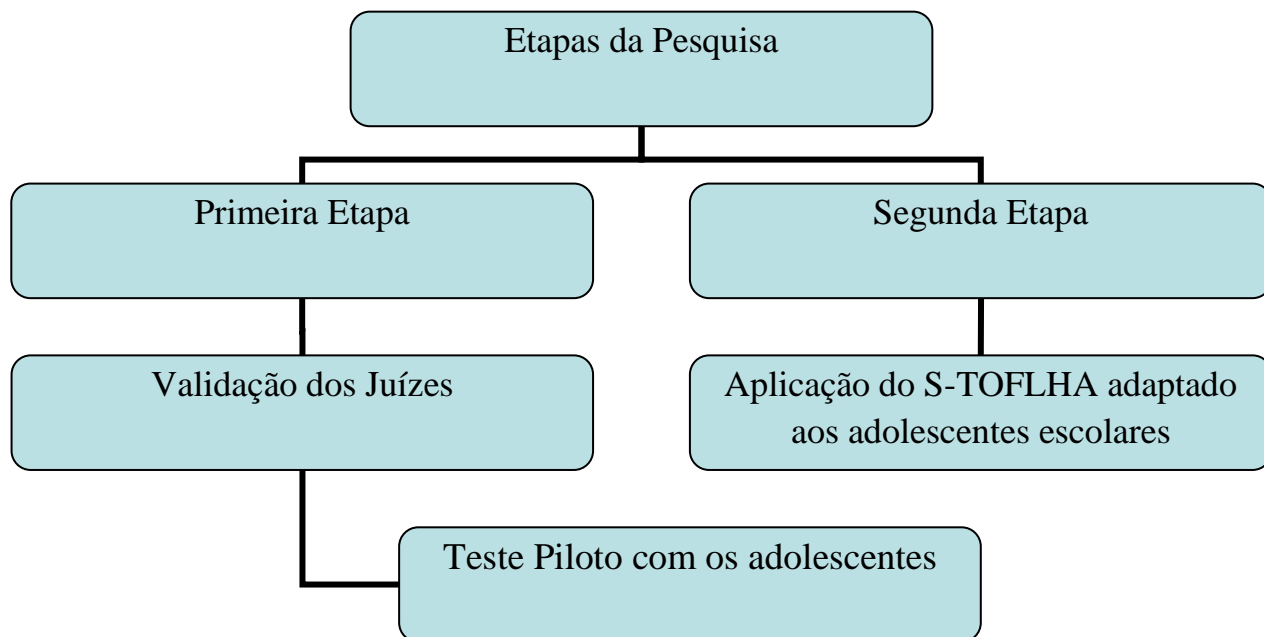
O *TOFLHA* é um questionário amplamente utilizado para avaliar o Letramento em Saúde da população adulta, e sua versão *short* foi traduzida e validada a nível local no estudo de Carthery-Goulart *et al.* (2009), assim como os cartões de informações. Para a população adolescente, não foi encontrado um instrumento a nível nacional para ser estudado. Porém, o estudo de Chang, Hsieh e Liu (2012) mostrou que o *TOFLHA* de 36 itens (*S-TOFLHA*) é o melhor modelo para adolescentes chineses, sendo adequado para avaliar o nível de letramento deles.

Por fim, um estudo realizado na China teve o objetivo de desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas da versão chinesa do teste de alfabetização funcional de saúde em adolescentes, que foi proveniente do *S-TOFLHA*. Os resultados revelaram que o teste de 36 itens para avaliar o letramento funcional de saúde na adolescência é o modelo que melhor se ajusta. Ele é um instrumento adequado para avaliar os níveis de Letramento em Saúde em adolescentes chineses antes que os programas de educação em saúde possam ser planejados, implementados e avaliados (CHANG; HSIEH; LIU, 2012).

4 METODOLOGIA

O estudo tem duas grandes abordagens: a primeira trata-se de estudo metodológico e a segunda, um estudo correlacional descrito a seguir. Para medidas didáticas, primeiramente apresentamos a metodologia da parte de validação e, posteriormente, a metodologia da abordagem correlacional. Abaixo está apresentado um fluxograma das etapas do estudo.

Figura 02: Fluxograma das Etapas da Pesquisa. Fortaleza-CE, 2017



Fonte: Elaborada pela própria autora.

4.1 Primeira etapa do estudo

Para a realização da primeira etapa, foi solicitada a autorização para fazer uso da *S-TOFHLA* na presente pesquisa aos responsáveis pela distribuição do *TOFHLA*, representados pela *Peppercorn books & Press inc* (ANEXO A), que fornece a permissão para uso dos questionários em pesquisa científica. Ressalta-se que o questionário foi traduzido para a língua portuguesa no estudo de Carthery-Goulart (2009) e que foi solicitada à autora principal da pesquisa a anuência para fazer uso deste questionário em português (ANEXO B) a fim de que a pesquisa pudesse ser validada à população adolescente em Fortaleza-CE.

4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa metodológica que é definida por estudos que desenvolvem, validam e avaliam ferramentas e metodologias. Pontua-se ainda que os estudos

metodológicos, geralmente, não são experimentais e se caracterizam por desenvolver novos instrumentos (POLIT; BECK, 2011).

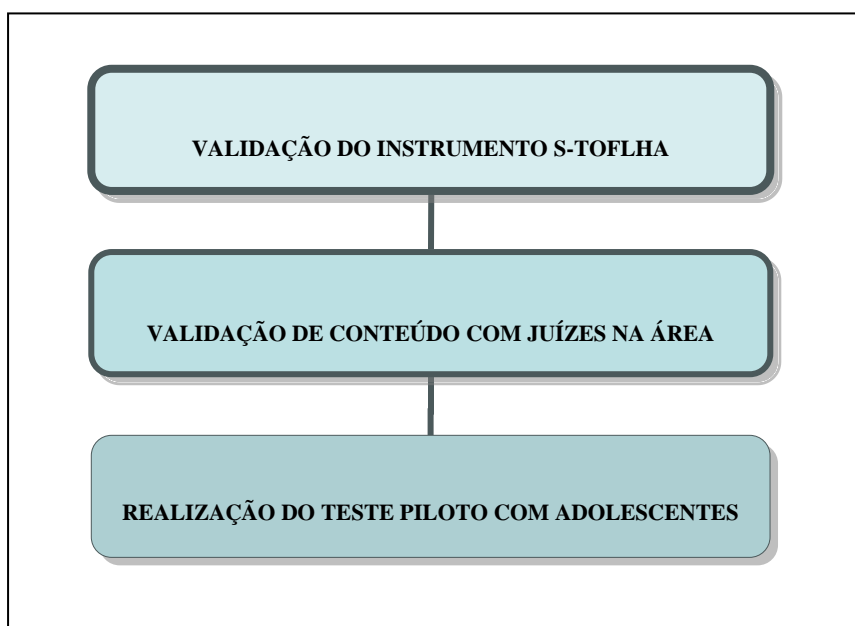
Estudos metodológicos podem ser de abordagem quantitativa e qualitativa. Porém, neste estudo, optou-se pela natureza quantitativa. Esse tipo de abordagem tem como foco a quantificação do tratamento e da coleta de dados, sendo isso realizado por meio da análise estatística (HULLEY *et al.*, 2015; POLIT; BECK, 2011).

Estudos de cunho quantitativo estão relacionados ao fato de serem obtidas informações numéricas para tratamentos estatísticos. Esse tipo de abordagem tem o intuito de garantir uma maior precisão dos resultados, não fornecendo um caráter subjetivo a estes (RICHARDSON, 2011; POLIT; BECK, 2011). Logo, essa abordagem foi utilizada na validação do instrumento no formato de questionário S-TOFLHA aos adolescentes escolares.

4.1.2 Etapa de validação do S-TOFLHA aos adolescentes

Foi realizada a validação de conteúdo por juízes das áreas da educação de adolescentes. Além de desenvolver novos recursos para a promoção da saúde, é necessário que as mesmas passem por processo de validação de forma a respaldá-las como confiáveis e aplicáveis no incremento da prática da enfermagem (ANDRADE, 2011). Posteriormente, foi feito um estudo piloto com a população adolescente para verificar a adequabilidade do instrumento após a validação, conforme explicitado na figura abaixo.

Figura 3 - Etapas da validação do S-TOFLHA para adolescentes escolares. Fortaleza- CE, 2017.



Fonte: Elaborada pela própria autora.

Primeiramente, foi realizada a validade de conteúdo que se refere ao domínio de um dado constructo ou universo que fornece a representação do conteúdo nas formulações de questões que representem adequadamente as informações apropriadas ao material analisado (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2011).

Assim, nessa etapa, foi realizada uma validação de conteúdo do instrumento por juízes que atuem junto ao adolescente. Nesse momento, optou-se por critérios que condicionassem juízes que estivessem inseridos no universo dos adolescentes.

Para a confecção dos critérios de escolha dos juízes do estudo, foram considerados os utilizados no estudo de Silva (2015), que estão expostos no quadro abaixo, fazendo uma adaptação às necessidades da pesquisa.

Quadro 1 - Critérios de inclusão dos juízes na validação instrumento S-TOFLHA. Fortaleza-CE, 2017.

| Critérios | Pontuação |
|---|-----------|
| Experiência de mais de três anos de docência com adolescentes | 3,5pt |
| Atuação prática com adolescentes por mais de dois anos | 2,5pt |
| Desenvolvimento de atividades com adolescentes por um período maior que dois anos | 1,5pt |
| Titulação (doutor, mestre ou especialista) | 1,0pt |
| Publicação de, no mínimo, três artigos voltados à população adolescente | 1,0pt |
| Área de pesquisa voltada para a adolescência | 0,5pt |

Fonte: Adaptado de Silva (2015)

Para a seleção dos juízes de conteúdo, foi utilizada a amostragem por bola de neve. Conforme Polit, Beck (2011), ao se identificar um juiz, ele foi solicitado a sugerir outros participantes, ressaltando-se que o juiz teve de pontuar, no mínimo, cinco pontos nos critérios de elegibilidade. Ao visitar o ambiente no qual o adolescente vive, foi solicitado ao juiz escolhido se ele conhecia outro profissional que pudesse colaborar nessa avaliação até atingir o quantitativo necessário para essa etapa.

Por não ter na literatura um consenso da quantidade de juízes necessária para fazer essa fase da validação, optou-se pela fórmula para estudos de comparação de uma proporção, que considera a proporção final dos sujeitos em relação a uma variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção. Assim, o tamanho amostral foi definido pela seguinte fórmula:

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

Nesse sentido, $Z\alpha$ refere-se ao nível de confiança, P é a proporção de proficientes que concordam que o item é adequado e D é a diferença de proporção considerada aceitável. Foram adotados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95% ($Z\alpha^2 = 1,96$), proporção mínima de 85% de concordância com a pertinência de cada item avaliado ($P=85\%$) e uma diferença de 15% nessa concordância incluindo um intervalo de 70 a 100%, totalizando em 22 juízes que foram incluídos nessa etapa.

Após a seleção dos juízes, estes foram contatados e, após o aceite, foi entregue o instrumento no formato de questionário S-TOFLHA (ANEXO C), juntamente com a carta-convite com todos os esclarecimentos pertinentes à pesquisa (APÊNDICE A), o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) e o instrumento de avaliação dos juízes (APÊNDICE C). Os juízes responderam ao instrumento físico de maneira presencial.

Esse instrumento de avaliação é um questionário individual na forma de Escala de *Likert*, utilizada com frequência para mensurar o nível de concordância e discordância das respostas. Essa escala fornece aos respondentes uma lista de proposições e/ou questões estimulando o grau de sua resposta (HULLEY *et al.*, 2015).

O instrumento foi baseado nos critérios de estudos, desenvolvidos anteriormente a este, sobre validação de tecnologias educativas em saúde. Ele avaliou, em relação aos objetivos do estudo, a estrutura e a apresentação do questionário e a sua relevância. A cada resposta, foi atribuído um número de pontos: 4 - Concordo; 3 - Concordo parcialmente; 2 - Discordo parcialmente; 1 - Discordo (LOPES, 2001; MARQUES; MARIN, 2002; OLIVEIRA, 2006; ANDRADE, 2011; TELES, 2011).

Para a análise dos dados, foram calculados os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) que indicam a porcentagem de concordância entre os juízes para cada item (LOBIONDO-

WOOD; HABER, 2001). O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados com 4 e 3 pelos juízes, divididos pelo número total de respostas. Portanto, foram considerados apropriados os itens do instrumento de avaliação que apresentaram índice de concordância maior que 0,8 (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Após a validação do instrumento pelos juízes, foi realizado teste-piloto para verificar a adequabilidade do instrumento aos adolescentes. A literatura sustenta que testes-piloto são importantes para verificar a acurácia de aferições, as estimativas de desfechos, a noção da população do estudo, os desconfortos da pesquisa e os vieses para a pesquisa, a tempo que se possa corrigir para melhorar a pesquisa principal (HULLEY *et al.*, 2015).

A realização do teste-piloto favorece que vieses sejam evitados, e recomenda-se que exista essa etapa, principalmente, em estudos com pouca experiência anterior, porque estes são uma preparação/ensaio para o estudo maior (POLIT, BECK, 2011; HULLEY *et al.*, 2015).

Não foi encontrado consenso em relação à amostra populacional que deva conter os testes-piloto. Assim, optou-se por 31 indivíduos do público-alvo, sendo escolhido de forma aleatória em uma das escolas de coleta de dados.

Essa etapa do estudo foi de grande valia, visto que o teste-piloto é fortemente recomendado quando se faz uso de novos instrumentos, como no caso da presente pesquisa, que fez uso de um novo questionário para a população adolescente, o S-TOFHLA, favorecendo que o pesquisado planeje de maneira mais adequada o estudo principal (HULLEY *et al.*, 2015).

Ressalta-se que essa etapa foi prévia da próxima etapa, visto que tem os mesmos cinco passos descritos no item 4.2.2, porém em menor escala, por se tratar de teste-piloto que tem o intuito garantir a adequabilidade do instrumento para o estudo principal, seguindo os aspectos éticos por meio do TCLE (APENDICE E) e termos de assentimento desta etapa (APENDICE F)

4.1.3) Local e Período da Coleta de dados

A pesquisa iniciou-se em 2015, com o início da construção do projeto de tese. A coleta de dados iniciou-se por volta do dia 15 de setembro de 2016, após a aprovação do comitê de ética da Universidade Federal do Ceará (UFC), ocorrendo nos meses de setembro e outubro de 2016 a validação pelos juízes do estudo. Nos meses de novembro e dezembro de 2016, ocorreu a aplicação do teste-piloto. A coleta desta etapa ocorreu em duas escolas de ensino médio em Fortaleza-CE.

4.1.4 Análise dos dados da primeira etapa

Para a análise da validação do instrumento do S-TOFLHA realizado pelos juízes do presente estudo, foi feita a tabulação dos dados através do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23. Foram calculadas frequências absoluta e relativa para cada questão dentro dos 3 domínios no IVC. Logo após essa análise, foi calculado o intervalo de concordância a 95% (IC) e valor de p das análise dos juízes no que se refere a concordância do item.

Já no que se refere aos dados provenientes do teste-piloto, os dados foram analisados através do software IBM SPSS versão 23. Foram calculadas frequências absoluta e relativa para variáveis qualitativas bem como média e desvio padrão para quantitativa. Os róis de medidas quantitativas foram avaliados quanto a normalidade através do teste de Shapiro-Wilk obtendo-se resultado não significante ($p > 0,05$) em todos eles, indicando normalidade. As correlações foram expressas através do coeficiente de correlação de Pearson. As comparações de médias foram realizadas através do teste T de *Student*. Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas. Para todos os procedimentos inferenciais utilizados foi adotado um nível de significância de 5%.

4.2 Segunda etapa da pesquisa (Aplicação do S-TOFLHA aos adolescentes)

4.2.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa apresenta abordagem correlacional, tipo de estudo no qual ocorre a associação de duas variáveis que podem estar relacionadas (POLIT; BECK, 2011). Esse tipo de delineamento foi utilizado visto que aconteceu associação de duas variáveis: grau de Letramento em Saúde dos adolescentes e conhecimento destes em relação à prevenção de IST/HIV/Aids.

4.2.2 Local e período do estudo

O presente estudo foi realizado em quatro escolas, sendo duas Escolas de Ensino Médio (EEM), uma de Ensino Fundamental e Médio (EEFM) e uma Escola Estadual de Educação Profissional (EEEP). As escolas nas quais foi realizada a pesquisa se distribuíam entre quatro regionais, de acordo com a circunscrição da Secretaria Regional do Município de Fortaleza (SR), sendo pertencentes à SR I, SR III, SR V e SR IV. Dentre as escolas na qual ocorreu a coleta de dados, a adstrita na SR V era EEFM, na SR III era EEEP e nas SR I e IV eram EEM.

A coleta de dados ocorreu em salas de aula comuns das escolas na maioria dos casos, visto que bastava uma carteira e uma caneta para que o adolescente respondesse aos instrumentos. Porém, em uma das escolas, a coleta ocorreu na sala de vídeo por ser um ambiente mais reservado. É válido informar ainda que, na coleta de dados que ocorreu em sala de aula, foi observada a condição do ambiente em relação à sonoridade e iluminação.

Durante os meses de janeiro a junho de 2017, ocorreu a última etapa do estudo, com a aplicação do S-TOFLHA com os adolescentes juntamente com o questionário que avaliava o conhecimento desse grupo na prevenção de IST/HIV/Aids.

4.2.3 População e amostra do estudo

A população do presente estudo foi composta por adolescentes entre 14 e 17 anos de idade de escolas públicas em Fortaleza-Ceará. Optou-se por essa faixa etária porque a adolescência é caracterizada pela experimentação e, geralmente, é nesse período em que ocorre a iniciação sexual (CRESPIN: REATO, 2007).

O Instituto de Pesquisa e Estatística Econômica do Ceará (IPECE) divulga, desde 1985, o Anuário Estatístico do Ceará, que tem como objetivo congrega os dados e as informações sobre as características geográficas, demográficas, sociais e políticas do Estado, além de dados sobre economia e finanças (CEARÁ, 2015).

De acordo com o último anuário divulgado pelo IPECE (2014), a população adolescente entre a faixa etária de 15 a 19 anos é de 875.242 pessoas, sendo que dessas 454.755 são do sexo masculino e 420.487 do feminino. Restringindo a população de 15 a 17 anos, encontramos 535.594 adolescentes, 278.470 do sexo masculino e 257.127 do sexo feminino. De acordo com os dados de alunos matriculados no ensino médio pelo mesmo instituto, identificou-se 117.529 adolescentes; destes, 100.523 estão na faixa etária de 15 a 19 anos.

Esta etapa compreende a parte principal do estudo, na qual foi aplicado o questionário do S-TOFLHA (ANEXO C), assim como o questionário que envolve o conhecimento do adolescente acerca da prevenção de IST/HIV/aids com a caracterização sociodemográfica da população do estudo (APÊNDICE D). Esses instrumentos estão descritos no tópico instrumento de coleta de dados.

Nesta etapa da pesquisa, adotou a amostragem para desfecho quantitativo para população infinita, visto que a população da presente etapa do estudo contempla os adolescentes. A fórmula utilizada para a obtenção da amostra está descrita a seguir:

$$N = \frac{(Z_a \times S)^2}{e^2}$$

Nela, Z é o valor atribuído do quartil da distribuição normal (será considerada 95%), que é associado à confiança da reprodutibilidade do estudo; e é o erro máximo atribuído à estimativa do indicador de interesse que no caso foi considerado 1,67; o S é considerado o desvio padrado que se obteve 16,7; e ao final acresceu 10% da amostragem para possíveis perdas durante a coleta de dados, com isso, obteve-se uma amostra de 408 adolescentes.

Os critérios de inclusão foram adolescentes entre a faixa etária de 14 a 17 anos de idade, por ser a etapa de experimentação, e regularmente matriculados em alguma das escolas onde aconteceu a coleta de dados. E, como critério de exclusão, os adolescentes que foram identificados pela diretoria/coordenação da escola como sem condições de responder aos questionários de maneira adequada, podendo causar viés à pesquisa. Essa situação não apareceu durante a coleta de dados.

4.2.4 Coleta de dados da segunda etapa

A coleta de dados desta etapa ocorreu após a autorização dos pais/responsáveis pelo adolescente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE G), e dos adolescentes por meio do termo de assentimento (APENDICE H).

Para a aplicação do questionário *S-TOFHLA*, seguiu-se as instruções preconizadas pelo autor do instrumento definido no manual do *S-TOFHLA*. Inicialmente existem os procedimentos preliminares, nos quais estão englobados o consentimento do participante, a acuidade visual (estudos mostram que baixa acuidade visual interfere em problemas de leitura e, para isso, existe o questionário no tamanho de letra 14 para quem tem acuidade 20/50) e a língua de preferência, que no presente estudo foi a língua portuguesa. Pontua-se ainda que não foi feita a aplicação da escala de *Snellen*, visto que será escolhida a letra tamanho 14.

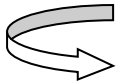
Em um segundo momento, ocorreu a aplicação propriamente dita do questionário *S-TOFHLA*, seguindo os passos a descritos seguir.

Figura 04: Etapas da aplicação do *S-TOFLHA* aos adolescentes escolares conforme protocolo de aplicação. Fortaleza-CE, 2017.

1º passo → Dar as instruções gerais do questionário



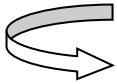
2º passo → Fornecer ao público um tempo de sete minutos para que leia e compreenda as informações



3º passo → Explicar as instruções da etapa das questões orais



4º passo → Entregar quatro cartões com informações diferentes relacionadas à saúde e analisar como o adolescente compreende os dados fornecidos frente à situação-problema que é citada (ANEXO D/ E)



5º passo → Responder às 36 perguntas de múltipla escolha que são divididas em duas passagens, A e B (ANEXO C)

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Ressalta-se que cada resposta certa das questões orais equivale a sete pontos, totalizando, 28 pontos, e cada questão das passagens A e B corresponde a dois pontos, perfazendo um total de 72 pontos. Assim, somando as duas partes, o máximo de pontos obtidos por meio do questionário é 100.

De acordo com a pontuação obtida, o autor classifica o resultado de quem respondeu ao questionário, sendo: 0 – 53: Inadequado; 54 – 66: Limítrofe; e 67 – 100: Adequado. Ressalta-se ainda que inadequado letramento funcional em saúde significa que o indivíduo não tem habilidade para ler e interpretar textos de saúde; Limítrofe letramento funcional em saúde significa que os participantes apresentam dificuldade na leitura e interpretação de textos relacionados à saúde; e Adequado letramento funcional em saúde significa que as pessoas têm habilidade de ler e interpretar textos da saúde (NURSS; PARKER; BAKER, 1995).

Primeiramente foi aplicado o *S-TOFLHA*, visto que existe um protocolo para sua aplicação, e, para garantir adequabilidade na execução, este será respondido anteriormente ao questionário sobre conhecimento em relação à prevenção das IST, do HIV e da Aids.

Além do S-TOFHILA, os adolescentes responderam a outro questionário, que é dividido em duas partes. Na primeira, ocorre uma caracterização dos participantes com relação às características sociodemográficas e com informações da saúde sexual desses adolescentes. A segunda parte é composta por vinte perguntas de múltipla escolha que versam sobre o conhecimento do adolescente em relação à prevenção de IST/HIV/aids (APÊNDICE D). Pontua-se que esse questionário foi desenvolvido na dissertação de mestrado (SCOPACASA, 2013) e testado com população semelhante a deste estudo.

4.2.5 Instrumentos de coleta de dados

O estudo utilizou dois questionários. Os questionários são caracterizados por serem um autorrelato quantitativo, tendo como característica que os participantes respondam aos documentos por eles mesmos (POLIT; BECK, 2011; HULLEY *et al.*, 2015).

Os questionários são, normalmente, mais fáceis de padronizar, econômicos, além de garantirem maior privacidade dos participantes, visto que eles respondem anonimamente às questões, assegurando, assim, maior validade aos achados encontrados. Outro aspecto importante é a ausência do entrevistador, que faz com que sejam reduzidos os desvios das respostas (POLIT; BECK, 2011; HULLEY *et al.*, 2015).

A literatura recomenda que a aplicação do questionário não ultrapasse uma hora de duração (RICHARDSON, 2011). Os questionários podem conter perguntas abertas ou fechadas (POLIT; BECK, 2011; HULLEY *et al.*, 2015; RICHARDSON, 2011), porém, geralmente, os questionários contêm perguntas fechadas.

O questionário S-TOFHILA aborda o letramento funcional em saúde e contém 36 perguntas de múltipla escolha, divididas em duas passagens: A e B. A passagem A é composta por 23 perguntas que versam sobre a temática da preparação para o exame do raio-X. Já a passagem B contém 13 perguntas relacionadas à responsabilidade e à medicação correta.

O outro questionário contém as perguntas relativas à prevenção de IST/HIV/aids e dispõe de vinte perguntas de múltipla escolha, desenvolvidas durante o trabalho da dissertação de mestrado (SCOPACASA, 2013). As perguntas versam sobre conhecimento científico, comportamento de risco, comportamento saudável e mitos/crenças.

A aplicação dos dois questionários foi realizada pela autora principal da tese, sendo primeiramente explicada a pesquisa após a contemplação dos aspectos éticos. Em um momento posterior, foi marcado com a coordenação/direção um melhor momento para

realizar a coleta de dados com base nos eventos previamente agendados pelo calendário escolar, como avaliações escritas, simulados, semana de revisão e feira cultural.

Os questionários foram aplicados uma vez em cada participante. O S-TOFHLA teve duração de 12 minutos, como padroniza o autor do questionário, e o que abordava conhecimento do adolescente em relação à prevenção de IST/HIV/aids com as características sociodemográficas e o comportamento sexual dos adolescentes demorou aproximadamente 30 minutos.

4.2.6 Organização e análise dos dados da segunda fase

Logo após a aceitação dos adolescentes e a devida autorização dos pais, foi realizada avaliação sociodemográfica dos sujeitos participantes do estudo para aprimorar o momento analítico.

Já no que se refere aos dados provenientes do teste-piloto, menciona-se que estes foram analisados por meio do software IBM SPSS versão 23. Foram calculadas frequências absoluta e relativa para variáveis qualitativas, bem como média e desvio padrão para quantitativa.

Os róis de medidas quantitativas foram avaliados quanto à normalidade através do teste de Shapiro-Wilk, obtendo-se resultado significativo ($p < 0,001$) em todos eles, indicando não-normalidade.

As correlações foram expressas através do coeficiente de correlação de Spearman. Devido a não normalidade dos dados, foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e de significância da correlação de Spearman para verificar associação entre as variáveis.

Considerou-se significantes as análises estatísticas inferenciais quando $p < 0,05$ e ressalta-se ainda que o intervalo de confiança é de 95%. Salienta-se que a análise também ocorreu baseada na literatura referente à temática.

Para as inferências estatísticas, foram feitas análises de associações e correlações por meio de testes estatísticos com auxílio de-profissional especializado na área.

4.3 Aspectos éticos e legais

Em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC). O estudo obedeceu aos aspectos ético-legais, relacionados à pesquisa envolvendo

seres humanos, destacando-se o respeito ao anonimato, a não maleficência e o direito de afastar-se da pesquisa a qualquer momento e acompanhar seus resultados (BRASIL, 2012).

Para a realização da pesquisa, foi solicitada a carta de anuência às autoridades competentes e a autorização para realizar a pesquisa nas escolas públicas de Fortaleza-CE. Por envolver adolescentes, foi solicitado aos pais ou representantes legais o consentimento com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE E), e, somente após a assinatura, os adolescentes participaram do estudo.

Além disso, também foi solicitado o assentimento do adolescente por meio do termo de assentimento, para que o adolescente pudesse participar da pesquisa (APENDICE F).

A privacidade e o anonimato dos adolescentes foi preservado. Quanto ao princípio da não maleficência, este foi contemplado por não apresentar desconfortos aos sujeitos, e foram evitados termos que acarretassem constrangimentos e que os expusessem a situações que atingissem sua integralidade. O princípio da justiça foi contemplado, pois todos os participantes da pesquisa foram submetidos aos mesmos procedimentos, estando igualmente beneficiados dos resultados, sem discriminação ou indução dos resultados obtidos.

Ademais, o princípio da autonomia, ao tratar os sujeitos em sua dignidade, respeitando sua independência e livre escolha e defendendo sua vulnerabilidade, foi não somente respeitado, como também estimulado pela autora da pesquisa.

Salienta-se ainda que o estudo apresenta risco mínimo na qual se caracteriza com os riscos de atividade cotidianas, visto que os adolescentes responderam a dois questionários, e assim apresenta o mesmo risco de atividades cotidianas, como relata a resolução do CNS. O projeto foi encaminhado ao comitê de ética de pesquisa com seres humanos, sendo aprovado sob protocolo nº 1.709.461 e CAAE: 56889816.0.0000.5054 (ANEXO F).

Para conseguir o TCLE dos pais e/ou responsáveis foi desenvolvido atividades de sensibilização com os adolescentes e responsáveis, assim como a escola por meio da coordenação e direção foi um veículo facilitador para aquisição das autorizações.

A coleta de dados somente se iniciou após a aprovação e autorização dos pais e/ou responsáveis, assim como após a aceitação dos adolescentes.

5 RESULTADOS

5.1 Etapa de validação do instrumento

Primeiramente, apresenta-se a caracterização dos juízes que compuseram a primeira etapa desta pesquisa, na qual foi realizada a avaliação do questionário *S-TOFLHA* por esses profissionais a fim de adaptar o instrumento aos adolescentes.

Tabela 1- Caracterização quanto à formação, profissão, escolaridade e tempo de atuação com adolescentes dos juízes da avaliação do questionário *S-TOFLHA*. Fortaleza-CE (Nº= 22)

| Graduação | Nº | Porcentagem (%) |
|---|-----------|------------------------|
| Enfermagem | 6 | 27,3% |
| Psicologia | 4 | 18,18% |
| Matemática | 2 | 9,1% |
| Letras | 2 | 9,1% |
| História | 1 | 4,54% |
| Telemática | 1 | 4,54% |
| Pedagogia | 1 | 4,54% |
| Filosofia | 1 | 4,54% |
| Física | 1 | 4,54% |
| Educação Física | 1 | 4,54% |
| Ciências Biológicas | 1 | 4,54% |
| Engenharia Civil | 1 | 4,54% |
| Total | 22 | 100% |
| Profissão | Nº | Porcentagem (%) |
| Professor | 15 | 68,2% |
| Psicólogo | 4 | 18,2% |
| Enfermeiro | 3 | 13,6% |
| Total | 22 | 100% |
| Escolaridade | Nº | Porcentagem (%) |
| Especialista | 13 | 59,1% |
| Mestre | 9 | 40,9% |
| Total | 22 | 100% |
| Tempo de atuação com adolescente | Nº | Porcentagem (%) |
| 5 a 9 anos | 14 | 63,63% |
| 10 a 15 anos | 3 | 13,63% |
| Mais de 15 anos | 5 | 22,72% |
| Total | 22 | 100% |

Fonte: Elaborada pela própria autora

De acordo com a tabela 1, a maioria dos juízes é professor (68,2%), talvez pela proximidade que esses profissionais têm com o público adolescente e por, geralmente, estarem envolvidos com esse grupo.

Apesar de terem a atuação como professor predominante (68,2%), o curso de graduação prevalente foi a Enfermagem (27,3%). Esse fato mostra que, para ter a profissão de professor, pode-se ter diversas graduações de base.

Ainda com base na tabela 1, nota-se que a maioria dos juízes tem o nível de escolaridade de especialista (59,1%) e tem de 5 a 9 anos (63,63%) de tempo de atuação no trabalho com adolescente. É importante ressaltar que, apesar da titulação de mestre não ter sido a mais prevalente e não ter tido nenhum doutor como juiz, todos tinham, no mínimo, 5 anos de experiência com adolescentes, mostrando habilidade e competência para avaliar o instrumento.

Além da caracterização dos especialistas, mostrar-se-á nas tabelas 2 e 3 respectivamente, a avaliação realizada sobre os objetivos do *S-TOFLHA*, a estrutura/apresentação e a relevância do questionário.

Tabela 2- Avaliação dos juízes no que se refere ao domínio objetivo do instrumento S-TOFLHA Fortaleza-CE, 2017. (Nº=22).

| Questões | IVC | IC (95%) | Valor p |
|--|------|------------|---------|
| 1. Aborda a temática de forma efetiva | 1,00 | 0,81-1,00 | 1,00 |
| 2. Existe clareza nos itens | 0,91 | 0,69-0,98 | 0,869 |
| 3. Expressa capacidade de agregar informações | 0,95 | 0,75-1,00 | 0,972 |
| 4. Explica corretamente a finalidade do questionário | 0,82 | 0,59- 0,94 | 0,425 |
| 5. Capacita os adolescentes para a promoção da saúde e mudança de comportamento e atitudes | 0,91 | 0,69-0,98 | 0,869 |
| 6. As palavras são coerentes com o universo vocabular dos adolescentes | 0,91 | 0,69-0,98 | 0,869 |
| 7. Demonstra a capacidade de interpretação do adolescente | 1,00 | 0,81-1,00 | 1,00 |
| 8. Reflete situações do serviço de saúde | 1,00 | 0,81-1,00 | 1,00 |

*Elaborada pela própria autora

De acordo com a tabela 2, percebeu-se que sete dos oito itens apresentaram concordância acima de 0,85 com relação à adequação dos objetivos do *S-TOFHLA* à população adolescente. Apenas um item apresentou 0,82 de concordância, sendo acima do desejado para IVC que tange os 0,80, porém como foi preconizado 0,85 entre os juízes na metodologia foi feito um ajuste por recomendação dos juízes, e incluir uma contextualização do questionário ao iniciar a aplicação do mesmo.

Ressalta-se ainda que dos oito itens, sete apresentaram IVC acima de 0,90, sendo que a metade com 0,95 ou mais de concordância e três itens com 1,00 de concordância do item. Fato este que mostra a adequação à população adolescente do questionário no que se refere aos objetivos do instrumento.

Abaixo está apresentado a tabela 2 que mostra a avaliação dos juízes no que se refere à estrutura e apresentação e relevância do S-TOFLHA.

Tabela 3 - Avaliação dos juízes no que se refere ao domínio estrutura e apresentação e relevância do instrumento S-TOFLHA Fortaleza-CE, 2017. (Nº=22).

| Questões | IVC | IC (95%) | Valor p |
|--|------------|-----------------|----------------|
| 1. A linguagem está clara e objetiva, com termos compreensíveis | 1,00 | 0,81-100 | 1,00 |
| 2. O tamanho da letra está adequado | 1,00 | 0,81-100 | 1,00 |
| 3. O conteúdo segue uma sequência lógica e está bem estruturado em relação à concordância e à ortografia | 0,91 | 0,69-0,98 | 0,869 |
| 4. O material está apropriado para o nível sociocultural dos adolescentes | 0,86 | 0,64-0,96 | 0,662 |
| 5. As quatro cartelas informativas estão expressivas e suficientes | 0,95 | 0,75-1,00 | 0,972 |
| 6. Enfatiza o aspecto-chave que deve ser reforçado | 0,95 | 0,75-1,00 | 0,972 |
| 7. O questionário propõe aos adolescentes um raciocínio lógico-matemático | 0,91 | 0,69-0,98 | 0,869 |
| 8. Incentiva o pensamento crítico do adolescente | 0,86 | 0,64-0,96 | 0,662 |
| 9. Retrata os aspectos necessários para a análise do Letramento em Saúde dos adolescentes | 0,91 | 0,69-0,98 | 0,869 |
| 10. Está adequado e pode ser usado por qualquer profissional na avaliação do Letramento em Saúde | 0,91 | 0,69-0,98 | 0,869 |

*Elaborado pela própria autora

De acordo com a Tabela 3, pode-se perceber que todos os itens que se referiam ao domínio da relevância e estrutura/apresentação apresentaram IVC acima de 85%. Fato este que mostra a concordância na adequabilidade do *S-TOFLHA* para a população adolescente. Dos dez itens avaliados, oito apresentaram IVC acima de 0,90, metade concordaram acima de 0,95 com os itens, e apenas dois itens obtiveram 0,86 de concordância, sendo esta porcentagem acima da preconizada que era de 0,85.

De acordo com a validação dos juízes foi possível verificar que o *S-TOFLHA* foi validado à população adolescentes, apresentando adequabilidade para ser utilizada com este público. Estando apta a ser realizada teste piloto com a população adolescente.

Por fim, após a validação dos juízes, ao analisar as contribuições/ sugestões dos juízes, antes do início da aplicação do *S-TOFLHA* foi colocado uma introdução contextualizando a situação do questionário e uma palavra foi modificada (ANEXO G), conforme o quadro abaixo.

Quadro 02- Quadro de modificações realizada no instrumento *S-TOFLHA* para melhor adequação do questionário. Fortaleza-CE, 2017.

| Modificações | Antes da validação dos juízes | Depois da validação dos juízes |
|---------------------|--------------------------------------|--|
| Texto Introdutório | Não havia | Você vai para uma consulta no serviço de saúde e recebe as seguintes informações |
| Mudança de palavra | Incesto | Gripe |

Fonte: Elaborada pela autora

Os ajustes acima foram realizados por ter sido considerada pertinente, e acreditar que adequaria o *S-TOFLHA* de melhor forma aos adolescentes escolares. Porém, o instrumento foi aplicado no teste piloto na etapa seguinte para confirmar a adequação do instrumento à população adolescentes e minimizar possíveis vieses.

5. 2 Etapa do teste-piloto do instrumento

Para verificar a adequabilidade do instrumento após a avaliação dos especialistas, foi realizado um teste-piloto para testar a adequação do instrumento *S-TOFLHA* aos adolescentes, conforme apresentado nas tabelas 4.

Tabela 4- Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas dos adolescentes escolares no que se refere ao teste-piloto. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=31).

| Variáveis | Frequência | Porcentagem |
|--|-------------|-------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 14 | 45,16% |
| Feminino | 17 | 54,8% |
| Idade (média ± desvio padrão) | 15,1 ± 0,9 | |
| Escolaridade | | |
| 1ª série EM | 17 | 54,8% |
| 2ª série EM | 14 | 45,16% |
| Renda | | |
| Até meio salário | 2 | 3,2% |
| 0,5 - 1 salário | 8 | 25,8% |
| 1 - 2 salários | 19 | 61,2% |
| 2 - 3 salários | 2 | 6,4% |
| Sem resposta | 1 | 3,2 |
| Moradia | | |
| Apartamento | 3 | 10,0% |
| Casa | 28 | 90,3% |
| Relacionamento | | |
| Namorando | 6 | 19,3% |
| Parceiro eventual | 7 | 22,5% |
| Parceiro fixo | 8 | 25,8% |
| Sozinha | 10 | 32,2% |
| Iniciou vida sexual | | |
| Sim | 23 | 74,2% |
| Idade de início da vida sexual (média ± desvio padrão) (n=23) | 13,8 ± 0,7 | |
| Usa preservativo (Nº=23) | | |
| Às vezes | 11 | 47,8% |
| Nunca | 6 | 26,1% |
| Sempre | 6 | 26,1% |
| Influência para início da atividade sexual (Nº=23) | | |
| Amigos | 7 | 30,4% |
| Curiosidade | 6 | 26,1% |
| Vontade própria | 10 | 43,4% |
| Nota do conhecimento sobre DST (média ± desvio padrão) | 59,5 ± 14,1 | |
| Escore do Letramento (média ± desvio padrão) | 67,9 ± 17,4 | |

Fonte: Elabora pela própria autora

De acordo com a tabela 4, notou-se que a maioria dos adolescentes pertenciam ao sexo feminino (54,8%), e em relação ao grau de escolaridade 54,8% estava na primeira serie do ensino médio. Já no que se refere à renda financeira familiar, 61,2% dos adolescentes informaram que a renda familiar varia de 1 a 2 salários mínimos (R\$937,00 – R\$1874,00 reais) e a ampla maioria (90, 3%) mora em casa.

De acordo com os dados obtidos por meio do teste-piloto, 74,2% dos adolescentes já haviam iniciado atividade sexual apresentando uma idade média de início de 13,8 anos. O motivo de iniciação da atividade sexual mais prevalente foi por vontade própria (43,4%). No que se refere ao uso do preservativo, 47,8% relatou fazer uso às vezes do preservativo, seja feminino, seja masculino.

Em relação aos escores da aplicação dos questionários, foi notada uma avaliação do grau de Letramento em Saúde na qual a média de pontuação foi 67,9 (+/-17,4) pontos, no entanto, no que se refere ao conhecimento de adolescentes em relação à prevenção de IST/HIV/aids, a média da nota foi de 59,5 (+/- 17,4) pontos.

Verificou-se existência de correlação estatisticamente significativa entre a nota do conhecimento sobre IST e o escore do letramento ($r=0,451$; $p=0,012$) através do teste de significância da correlação de *Pearson*.

Tabela 5 - Associação entre o conhecimento sobre IST, escore do letramento e características dos adolescentes. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=31). **Continua**

| Variáveis | N (%) | Conhecimento sobre IST | | Escore do letramento | |
|---------------------|---------------|------------------------|---------|----------------------|---------|
| | | Média ± dp | Valor p | Média ± dp | Valor p |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 14 (46,7%) | 55,7 ± 16,3 | 0,173 | 64,1 ± 17,6 | 0,281 |
| Feminino | 16 (53,3%) | 62,8 ± 11,4 | | 71,1 ± 17,1 | |
| Escolaridade | | | | | |
| 1ª série EM | 15 (50%) | 58,7 ± 17,9 | 0,753 | 66,3 ± 18,3 | 0,624 |
| 2ª série EM | 15 (50%) | 60,3 ± 9,5 | | 69,5 ± 17 | |
| Renda | | | | | |
| Até 1 SM | 9 (30%) | 62,2 ± 7,1 | 0,369 | 65,9 ± 11,5 | 0,692 |
| > 1 SM | 21 (70%) | 58,3 ± 16,2 | | 68,7 ± 19,6 | |
| Moradia | | | | | |
| Casa | 27 (90%) | 59,1 ± 14,3 | 0,628 | 67,3 ± 17,9 | 0,600 |
| Apartamento | 3 (10%) | 63,3 ± 14,4 | | 73 ± 14,7 | |

Fonte: Elaborada pela própria autora; Teste t de *Student*

Tabela 5 - Associação entre o conhecimento sobre IST, escore do letramento e características dos adolescentes. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=31). **Continuação**

| Variáveis | N (%) | Conhecimento sobre IST | | Escore do letramento | |
|-----------------------|---------------|------------------------|---------|----------------------|---------|
| | | Média ± dp | Valor p | Média ± dp | Valor p |
| Relacionamento | | | | | |
| Com parceiro | 14 (46,7%) | 56,8 ± 16,2 | 0,333 | 65,8 ± 21,8 | 0,550 |
| Sem parceiro | 16 (53,3%) | 61,9 ± 12 | | 69,7 ± 12,9 | |
| Vida sexual | | | | | |
| Sim | 22 (73,3%) | 57,5 ± 13,1 | 0,203 | 69 ± 18,5 | 0,580 |
| Não | 8 (26,7%) | 65 ± 16,3 | | 64,9 ± 14,9 | |

Fonte: Elaborada pela própria autora; Teste t de *Student*

Com base na Tabela 5, percebe-se que não há diferença estatisticamente significativa entre a nota do conhecimento sobre prevenção das IST e da Aids e do Letramento em Saúde no que esteja condicionado ao gênero, à escolaridade, à renda familiar, à moradia, ao início da atividade sexual e ao tipo de relacionamento amoroso.

5.3 Etapa da aplicação do teste e do questionário

Neste momento, serão apresentados os resultados obtidos por meio da aplicação de dois questionários, o que aborda o conhecimento dos adolescentes em relação à prevenção das IST/HIV/Aids e o instrumento validado pelos juízes que aborda Letramento em Saúde.

Tabela 6 - Características sociodemográficas dos adolescentes escolares. Fortaleza-CE, 2017. (Nº=408). **Continua**

| Variáveis | Estatísticas |
|--|--------------|
| Idade média ± desvio padrão | 15,6 ± 1,0 |
| Sexo Nº (%) | |
| Masculino | 165 (40,4%) |
| Feminino | 237 (58,1%) |
| Sem informação | 6 (1,5%) |
| Mora com quantas pessoas média ± desvio padrão | 3,8 ± 2,0 |
| Sabe a renda familiar Nº (%) | |
| Sim | 198 (48,5%) |
| Não | 210 (51,5%) |

Tabela 6 - Características sociodemográficas dos adolescentes escolares. Fortaleza-CE, 2017. (N°=408). **Continuação**

| Variáveis | Estatísticas |
|------------------------------------|---------------------|
| Renda familiar N° (%) | |
| Até meio salário mínimo | 11 (5,6%) |
| Entre meio e um salário mínimo | 44 (22,2%) |
| Entre um e dois salários mínimos | 97 (49,0%) |
| Entre dois e três salários mínimos | 35 (17,6%) |
| Acima de três salários mínimos | 11 (5,6%) |
| Série N° (%) | |
| 1° ano | 273 (66,9%) |
| 2° ano | 135 (33,1%) |
| Tipo de moradia N° (%) | |
| Casa | 368 (90,2%) |
| Apartamento | 7 (1,7%) |
| Outros | 33 (8,1%) |

Fonte: Elaborada pela própria autora

De acordo com a tabela 6, percebe-se que a média de idade dos participantes do estudo foi de 15,6 anos, que a maioria (58,1%) pertencia ao sexo feminino e que o quantitativo de pessoas que mora na mesma residência que o jovem foi de 3,8 (DP +/- 2) pessoas.

A maioria dos adolescentes desconhecia a renda familiar (51,5%), e os que tinham conhecimento (48,5%) referiram que era em torno de 1 a 2 salários mínimos (49%). No que se refere à escolaridade, 66,9% estava cursando a 1ª série do ensino médio, e a ampla maioria (90,2%) indicou que reside em casa como tipo de moradia. A tabela 6 apresenta as características sexuais dos participantes deste estudo.

Tabela 7 - Características sexuais dos adolescentes escolares. Fortaleza-CE, 2017. (N°=408). **Continua**

| Variáveis | Estatísticas |
|---|---------------------|
| Você iniciou sua vida sexual n (%) | |
| Sim | 189 (46,3) |
| Não | 219 (53,7) |
| Idade de início de vida sexual | 14,4 ± 1,9 |
| Usou preservativo na primeira relação sexual n (%) | |
| Sim | 122 (64,6) |
| Não | 67 (35,4) |

Fonte: Elaborada pela própria autora; **Múltiplas escolhas

| Variáveis | Estatísticas |
|---|--------------|
| No momento qual seu tipo de relacionamento n (%) | |
| Outros | 9 (2,2) |
| Parceiro eventual | 39 (9,6) |
| Parceiro fixo | 85 (20,8) |
| Parceiro fixo / eventual | 3 (0,7) |
| Parceiro fixo / outros | 3 (0,7) |
| Sozinha | 269 (66) |
| Fator levou você a iniciar a vida sexual n (%)** | |
| Agradar o parceiro | 9 (4,8) |
| Curiosidade | 40 (21,2) |
| Vontade própria | 124 (65,6) |
| Experiência pessoal | 19 (10,1) |
| Por causa da idade | 6 (3,2) |

Fonte: Elaborada pela própria autora; **Múltiplas escolhas

De acordo com a tabela 7, 53,7% dos participantes havia iniciado sua atividade sexual, apresentando a idade de 14,4 anos como média de início. No que se refere ao uso do preservativo na primeira relação sexual, 64,6% informaram que fizeram uso. O tipo de relacionamento mais referido pelos adolescentes foi o do tipo sozinho/solteiro (66%). O principal motivo que influenciou o início da atividade sexual foi a vontade própria (65,6%).

A tabela 8 contém as estatísticas descritivas do Letramento em Saúde dos adolescentes e o conhecimento sobre prevenção de IST/HIV/aids, assim como o gráfico 2 apresenta a análise de dispersão.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas no que se refere às variáveis Letramento em Saúde e conhecimento sobre IST/HIV/aids de adolescentes escolares.

| Variáveis | Média | Desvio padrão | Mediana | Mínimo | Máximo |
|---------------------------|-------|---------------|---------|--------|--------|
| Letramento | 87,4% | 11,2 | 91,0 | 40,0 | 100,0 |
| Conhecimento IST/HIV/Aids | 64,7% | 19,7 | 65,0 | 20,0 | 100,0 |

Fonte: Elaborada pela autora

De acordo com a tabela 7, notou-se que a média de pontuação dos adolescentes no que se refere ao Letramento em Saúde foi de 87,4, sendo classificado como adequado o nível de LS. Já no que se refere ao conhecimento sobre prevenção de IST/HIV/aids, 64,7 foi a pontuação média dos jovens. De acordo com a correlação entre as variáveis por meio do teste

de *Spearman* observou-se que que foi 0,47 e $p < 0,001$. Mostrando associação entre as variáveis de maneira significativa.

De acordo com a correlação estatística realizada, houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis ($p < 0,001$), e, quanto maior o Letramento em Saúde, melhor o conhecimento dos adolescentes sobre prevenção de IST/HIV/aids.

Tabela 9 - Correlação do conhecimento sobre IST/HIV/aids segundo características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2017 (Nº408).

| Variáveis | Conhecimento sobre IST/HIV/aids | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| | Média \pm desvio padrão | Valor p |
| Idade | 0,119 ³ | 0,017 |
| Sexo | | 0,007¹ |
| Masculino | 61,3 \pm 21,5 | |
| Feminino | 67,2 \pm 18,2 | |
| Mora com quantas pessoas | 3,8 | 0,667* |
| Renda familiar | | 0,052 ² |
| Até meio salário mínimo | 65,9 \pm 20,1 | |
| Entre meio e um salário mínimo | 58,8 \pm 21,2 | |
| Entre um e dois salários mínimos | 65,2 \pm 21,7 | |
| Entre dois e três salários mínimos | 73,4 \pm 18,6 | |
| Acima de três salários mínimos | 62,7 \pm 10,6 | |
| Série | | <0,001¹ |
| 1º ano | 62,5 \pm 19,6 | |
| 2º ano | 69,2 \pm 19,2 | |
| Tipo de moradia | | 0,079 ² |
| Casa | 64,9 \pm 19,3 | |
| Apartamento | 46,4 \pm 22,5 | |
| Outros | 66,5 \pm 22,2 | |

Fonte: Elaborada pela própria autora; ¹ Teste de *Mann-Whitney*; ² Teste de *Kruskal-Wallis*; ³ Coeficiente de correlação de *Spearman*; *Teste de significância da correlação de *Spearman*

De acordo com a tabela 9, percebeu-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, quantitativo de pessoas que residem na mesma casa, renda e tipo de moradia quando correlacionado com o conhecimento dos adolescentes em relação à prevenção de IST/HIV/aids.

Com base na tabela acima, apenas na variável escolaridade houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) quando correlacionada ao conhecimento dos adolescentes sobre IST/HIV/aids.

Tabela 10 - Correlação do conhecimento sobre IST/HIV/aids segundo características sexuais da população do estudo. Fortaleza-CE, 2017 (N:408)

| Variáveis | Conhecimento sobre IST/HIV/aids | |
|---|---------------------------------|--------------------|
| | Média ± desvio padrão | Valor p |
| Você iniciou sua vida sexual | | 0,977 ¹ |
| Sim | 64,8 ± 19,7 | |
| Não | 64,6 ± 19,7 | |
| Usou preservativo na primeira relação sexual | | 0,736 ¹ |
| Sim | 64,9 ± 20,5 | |
| Não | 64,7 ± 18,5 | |

Fonte: Elaborada pela própria autora ¹ Teste de *Mann-Whitney*; ² Teste de *Kruskal-Wallis*; ³ Coeficiente de correlação de *Spearman*; *Teste de significância da correlação de *Spearman*

No que se refere na tabela 10, não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis início da vida sexual, idade de início e uso do preservativo na primeira relação sexual com a variável conhecimento dos adolescentes sobre prevenção de IST/HIV/aids.

Tabela 11 - Correlação do Letramento em Saúde segundo características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2017 (Nº= 408)

| Variáveis | Letramento | |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| | Média ± desvio padrão | Valor p |
| Sexo | | 0,030¹ |
| Masculino | 85,8 ± 12,6 | |
| Feminino | 88,5 ± 10,2 | |
| Renda familiar | | 0,020² |
| Até meio salário mínimo | 88,0 ± 10,7 | |
| Entre meio e um salário mínimo | 84,3 ± 13,2 | |
| Entre um e dois salários mínimos | 89,1 ± 9,6 | |
| Entre dois e três salários mínimos | 89,9 ± 11,4 | |
| Acima de três salários mínimos | 76,0 ± 20,7 | |
| Série | | 0,962 ¹ |
| 1º ano | 88,1 ± 9,8 | |
| 2º ano | 86,1 ± 13,7 | |
| Tipo de moradia | | 0,528 ² |
| Casa | 87,3 ± 11,4 | |
| Apartamento | 92,3 ± 6,7 | |
| Outros | 88,1 ± 9,3 | |

Fonte: Elaborada pela própria autora ¹ Teste de *Mann-Whitney*; ² Teste de *Kruskal-Wallis*; ³ Coeficiente de correlação de *Spearman*; *Teste de significância da correlação de *Spearman*

De acordo com a tabela 11, percebeu-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, quantitativo de pessoas que residem na mesma casa, escolaridade, renda e tipo de moradia quando correlacionado com o conhecimento dos adolescentes em relação ao Letramento em Saúde.

Na tabela 12, são apresentadas as características sexuais dos adolescentes correlacionando-as ao grau de Letramento em Saúde.

Tabela 12 - Correlação do Letramento em Saúde segundo características sexuais da população do estudo. Fortaleza-CE, 2017 (Nº=408)

| Variáveis | Letramento | |
|--|-----------------------|--------------------------|
| | Média ± desvio padrão | Valor p |
| Você iniciou sua vida sexual? | | 0,292 ¹ |
| Sim | 86,3 ± 12,4 | |
| Não | 88,4 ± 10,1 | |
| Idade de início da vida sexual | 14,4 | <0,001* |
| Usou preservativo na primeira relação sexual? | | 0,040¹ |
| Sim | 88,1 ± 10,8 | |
| Não | 83,1 ± 14,3 | |

Fonte: Elaborada pela própria autora; ¹ Teste de *Mann-Whitney*; ² Teste de *Kruskal-Wallis*; ³ Coeficiente de correlação de *Spearman*; *Teste de significância da correlação de *Spearman*

No que se refere à tabela 12, não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis idade de início da vida sexual e uso do preservativo na primeira relação sexual com a variável Letramento em Saúde.

De acordo com a tabela acima, apenas a variável idade de início da vida sexual apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) quando correlacionada ao Letramento em Saúde.

6 DISCUSSÕES

6.1 Primeira etapa (validação do instrumento)

De acordo com os achados referentes ao processo de validação do instrumento S-TOFLHA, percebeu-se que a maioria dos juízes trabalhavam em escolas de ensino fundamental e médio, a principal ocupação era de professor e as graduações de base mais recorrentes foram Enfermagem, Psicologia, Matemática e Letras. O principal grau de escolaridade dos juízes era especialista, e estes tinham, no mínimo, 5 a 9 anos de atuação com adolescentes.

Em relação aos domínios de avaliação do instrumento, ressalta-se que este foi validado no que se referiu aos objetivos, à estrutura, à apresentação e à relevância. Uma palavra foi modificada por outro sinônimo para ficar mais claro aos adolescentes e adicionou-se uma introdução temática ao iniciar a aplicação do questionário para contextualizar a população-alvo.

De acordo com os achados desta pesquisa, a figura do professor foi a mais prevalente entre as profissões mencionadas pelos juízes, fato que corrobora o local no qual foi realizada a coleta de dados desta etapa do estudo. Optou-se pelo ambiente escolar, pois os jovens não procuram os serviços de saúde, sendo a escola o ambiente em que mais facilmente temos contato com esse grupo etário. A escola é um espaço social saudável aos adolescentes, pois, por meio dela, é ofertado suporte para promover a integração e o fortalecimento das relações sociais, além de ser considerado propício para desenvolver trabalhos com essa população (DALCIN *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2015).

Buscando juízes que compreendessem o cotidiano do universo dos adolescentes, para que então pudessem avaliar o questionário com rigor, congruência e habilidade, elegeu-se os professores escolares por estes terem grande conhecimento sobre essa população, pois é a profissão que mantém o maior relacionamento e contato com os adolescentes.

O estudo realizado no Rio de Janeiro verificou a presença de unidades de saúde para o atendimento de adolescentes, entretanto, em mais de 90% delas, eles são atendidos juntamente com a população adulta, sem turnos ou salas específicas. Em mais de 10% dos serviços, a assistência só é dada na presença do responsável e, em casos de violência sexual, a proporção vai para 34% dos casos. Em apenas 12,9% das unidades são realizadas atividades educativas direcionadas a essa população e observou-se que menos de 1/3 dos médicos estava capacitado para lidar com a saúde do adolescente. Com isso, apesar da ampla quantidade de unidades de saúde, a estrutura do atendimento e os recursos humanos não atendem as necessidades do

público adolescente (TAQUETTE *et al.*, 2017), culminando para que não sejam encontrados adolescentes nesse ambiente.

No cenário internacional, visualiza-se mais claramente a figura do profissional da saúde, com destaque para o enfermeiro escolar, na atuação junto ao adolescente. De acordo com a *American Nurses Association & National Association of School Nurses* (NASN, 2011), a prática de enfermeiros escolares teve início no ano de 1902, nos Estados Unidos, a partir da necessidade de reduzir o absenteísmo escolar e, desse modo, intervir com os alunos e as famílias nos cuidados de saúde relacionados às doenças transmissíveis. Logo, parte das suas habilidades deve se concentrar na detecção precoce e na correção de problemas de saúde, além da prevenção de doenças e deficiências.

No Brasil, o enfermeiro escolar e sua especialização têm seu primeiro relato na década de 1930, publicado nos *Anais de Enfermagem*, por Edith Fraenkel. Nesse artigo, são relatadas as principais atividades do enfermeiro escolar, definidas as suas funções e apresentado um programa para o curso de especialização em enfermagem escolar, com os requisitos necessários para o exercício dessa atividade. No entanto, essa proposta não foi colocada em prática (RASCHE; SANTOS, 2008), mostrando, assim, que no cenário internacional há maior e melhor habilidade dos profissionais na abordagem do público adolescente.

No cenário nacional, diversas políticas públicas foram criadas para serem implementadas na escola, dentre as quais se destacam o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), inserido no Programa Saúde na Escola (PSE), a fim de realizar ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças e adolescentes do ensino básico e público, em articulação entre as escolas públicas e a Estratégia Saúde da Família – ES (BRASIL, 2009). Contudo, as ações propostas pelos programas são realizadas pelo enfermeiro como integrante da equipe de saúde, e não como enfermeiro escolar. Além disso, essa atuação é pontual e, geralmente, o profissional não passou por capacitação para designar tal tarefa (SILVA, 2013).

Ao se observar as graduações de base dos juízes do estudo, foi percebido que havia graduações de diversas áreas dos professores que se enquadraram como juízes. De acordo com o Ministério da Educação (MEC), no âmbito nacional, podem lecionar nas escolas de Educação Básica e no Ensino Fundamental e Médio os profissionais graduados em Pedagogia ou aqueles graduados em alguma licenciatura.

De acordo com Instituto Nacional de Pesquisa Anísio Teixeira (INEP, 2016; INEP, 2015), que mostrou dados sobre o perfil do docente da educação básica, notou-se que, no cenário nacional, a maioria dos professores se dedica exclusivamente à área da educação. No

que concerne à formação profissional, foi constatado que a maioria tem o ensino superior nas diversas licenciaturas, sendo seguido pela graduação em Pedagogia (IPEA, 2017).

Com base na pesquisa realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE; 2014), o tempo de permanência do professor nas escolas está aumentando e, no que se refere à escolaridade, houve um aumento de 74,51%, passando de 1,251 milhão, em 2002, para 2,187 milhões em 2013. Outro aspecto relevante dentro desse perfil de escolaridade é o Plano de Cargos e Carreiras, no qual, no Estado do Ceará, existe uma gratificação por incentivo profissional em que o salário aumenta 15% ao especialista e 30% ao mestre (CEARÁ, 2008). Esse aumento pode influenciar na motivação para a busca de titulação dos juízes pertencentes ao estudo.

Conforme o Plano Nacional de Educação (PNE), existe a meta de 50% dos professores da educação básica terem nível de pós-graduação, mas isso ainda não está perto de acontecer, pois apenas 4,5% dos docentes apresentam título de mestre ou doutor. Salienta-se ainda que esse quantitativo cresceu 80,67% em relação ao identificado anteriormente (DIEESE, 2014).

Mesmo com o baixo quantitativo de professores da educação básica com nível de pós-graduação no cenário nacional, isso não foi percebido na presente pesquisa, pois todos os juízes eram, no mínimo, especialistas e 40,9% eram mestres.

Outro aspecto que foi percebido na caracterização dos juízes foi a graduação de base, na qual Enfermagem, Psicologia, Letras e Matemática foram as mais prevalentes. Fato que se destacou nos resultados foi a Enfermagem estar entre as mais recorrentes e não ser uma graduação comum no ambiente escolar. Um aspecto que pode estar relacionado com isso é que, a partir de 2008, foram implantadas as Escolas Estaduais de Educação Profissional (EEEP), no âmbito da Secretaria da Educação do Estado do Ceará. Essa estratégia objetivou integrar o Ensino Médio à formação profissional de nível técnico, proporcionando educação em tempo integral aos jovens cearenses (CEARÁ, 2008). Parte dos juízes estavam inseridos nas escolas profissionalizantes, sendo evidenciadas diferenças entre as graduações e a profissão atual dos juízes.

Esses olhares diferentes do instrumento validado são de grande valia, pois abordagens intersetoriais, interdisciplinares e multidimensionais se constituem em importantes estratégias para a promoção da saúde (DALCIN *et al.*, 2016). Com isso, juízes de graduações diferentes apresentam vivências diferenciadas, fazendo com que o instrumento final fique melhor ajustado à população adolescente, que é tão peculiar. A interdisciplinaridade é de suma importância na abordagem do adolescente, pois, a partir disso, consegue-se romper com

práticas fragmentadas, propiciando estratégias capazes de integrar as múltiplas facetas envolvidas no próprio objeto de intervenção (SILVA et al., 2015).

A diversidade de formação dos profissionais, para composição dos juízes, é de grande relevância, visto que o profissional poderia fornecer sua contribuição de forma significativa e de acordo com a sua categoria profissional, enriquecendo o instrumento final (PAIM *et al.*, 2017).

O instrumento é considerado válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende medir (JUNIOR; MATSUDA, 2012). Esse fato evidenciou-se nos resultados do estudo, nos quais o instrumento S-TOFLHA foi validado pelos juízes da pesquisa à população adolescente, mostrando assim que ele é um instrumento adequado aos adolescentes para verificar o Letramento em Saúde dessa população.

O uso de instrumento não validados ou inadequados podem trazer vieses para o desenvolvimento da pesquisa científica. Ressalta-se a importância da construção e da validação de instrumentos que favoreçam o cuidado da profissão, assim como o desenvolvimento da pesquisa científica, devendo estes serem feitos por meio de metodologias adequadas a esse processo (MACHADO *et al.*, 2017). Por isso, procurou-se encontrar juízes que conhecessem o universo do adolescente e, a partir daí, conseguissem contribuir para o desenvolvimento da validação do questionário S-TOFLHA. Assim, os juízes eram principalmente professores pertencentes ao ambiente mais frequentado pelos adolescentes: as escolas.

No que se refere aos domínios do objetivo, da relevância, da estrutura e da apresentação do questionário S-TOFLHA, houve uma concordância estatisticamente significativa entre os itens. Conforme a validação realizada pelos juízes, foi concluído que o objetivo do instrumento, que é avaliar o grau de Letramento em Saúde pelos adolescentes, é alcançado pelo instrumento. A estrutura e a apresentação do questionário estão adequadas ao público adolescente, e o instrumento é relevante para ser utilizado com a população adolescente na identificação do LS com esse grupo etário.

Domínios avaliados pelos juízes, objetivo, estrutura e apresentação apresentaram satisfatório, sendo todos considerados concordantes. Corroborando o exposto, a literatura coloca que a concordância entre juízes pode ser definida como o grau em que dois ou mais avaliadores, utilizando a mesma escala de avaliação, fornecem igual classificação para uma mesma situação observável (GRAHAM *et al.*, 2012; MATOS, 2014). Percebeu-se então a importância de ter os domínios destacados como concordantes.

Assim, diante dos achados encontrados, o questionário foi considerado válido a ser utilizado com os adolescentes, apresentando-se de maneira confiável e com concordância e confiabilidade entre os juízes.

Durante o processo de validação, é importante ter atenção à necessidade de ajustes do questionário em relação aos detalhes do ambiente no qual a pesquisa está planejada (CUKLJEK; JURESA; BABIC, 2017). Por isso, torna-se relevante ter juízes com habilidades para executar tal tarefa e, no caso de adolescentes, estarem envolvidos no universo desse grupo que geralmente permeia o ambiente escolar. Ressalta-se também a importância da inclusão de juízes que tenham habilidades e convívio com os adolescentes para avaliar adequadamente o recurso (ALMEIDA *et al.*, 2016).

O processo de validação favorece e fortalece o desenvolvimento de tecnologias para serem incorporadas à prática da enfermagem. Por meio deste, consegue-se ter tecnologias que favoreçam o cuidado de enfermagem, instrumentos que norteiem os processos, questionários que facilitem as pesquisas. Atualmente, percebe-se um aumento nos últimos dez anos do número de trabalhos científicos que fazem uso de validação da intervenção educativa, dispositivos tecnológicos e instrumentos de pesquisa, pois, a partir disso, pode-se fortalecer os achados encontrados na pesquisa (FUMEAUX *et al.*, 2016; JUNIOR; MATSUDA, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2016; ROQUE; VELOSO; FERREIRA, 2016).

Validar tecnologia não é tarefa fácil, porém é relevante superar o desafio de validar instrumentos que norteiem as atividades dos enfermeiros, pois estas direcionam práticas mais efetivas da enfermagem, oferecendo melhor qualidade na assistência (VIEIRA *et al.*, 2016), além do ensino e da pesquisa.

Por meio do processo de tradução, adaptação e validação, consegue-se desenvolver instrumentos capazes de avaliar, descobrir, desenvolver aspectos que podem ser incorporados no cotidiano da enfermagem (TEIXEIRA; NOGUEIRA; ALVES, 2016), englobando a gestão do cuidado, a implementação de políticas públicas e o desenvolvimento de estratégias educativas, principalmente de adolescentes, que, por diversas vezes, não estão nas prioridades das ações a serem efetuadas e desenvolvidas.

O instrumento da presente pesquisa obteve a validação necessária para ser utilizado com a população adolescente, sendo feitos ajustes para facilitar o processo de aplicação do S-TOFLHA. Ter um instrumento útil e fidedigno para a investigação e prática clínica com adolescentes (CUNHA *et al.*, 2017) é essencial ao desenvolvimento de atividades com esse grupo.

O processo de validação almeja unificar e padronizar estudos já desenvolvidos por meio da inserção da temática ao cenário nacional. Com isso, essa etapa de validação é fundamental para a ocorrência de pesquisas que comparam diferentes realidades e culturas, fazendo com que o conhecimento seja cada vez mais agregado em diversos locais (DAVOGLIO; SANTOS; LETTNIN, 2016).

São notórios os benefícios do processo de validação de instrumentos, porém é necessário que esse desenvolvimento seja realizado considerando o rigor das etapas metodológicas, além de adequar-se aos aspectos culturais envolvidos para reduzir vieses que possam influenciar nesse processo (ROSANELLI; SILVA; GUTIERREZ, 2016). O processo de validação rigoroso e com juízes aptos a realizar tal tarefa é importante para que possa originar instrumentos fortes e consistentes a serem utilizados no cotidiano da atuação dos profissionais.

O adolescente está em um momento de fazer escolhas, definições pessoais e profissionais e aprimorar a visão de futuro. Com isso, vê-se como é importante a validação do instrumento que avalie o grau de Letramento em Saúde para que ações de saúde mais voltadas a esse público sejam realizadas. Ter instrumentos e materiais validados à população adolescente é ir além de abordar o passado, é investir no futuro da população.

6.2 Etapa de aplicação do teste-piloto do instrumento

Os testes-piloto são realizados com o intuito de obter informações, em menor escala, daquilo que está sendo testado ou avaliado, para que, a partir de então, consiga-se melhorar o instrumento ao final (ROBALO; CRUZ; NUNES, 2016).

Para que se consiga realmente observar as nuances e particularidades referentes à aplicabilidade do instrumento, é necessário que a etapa de validação dos juízes tenha sido realizada com rigor. Nesse contexto, ressalta-se a importância de ter juízes com competência para realizar tal tarefa, pois, se a etapa da validação não for feita em sua plenitude, com avaliação rigorosa, no momento em que acontecer a aplicação do estudo-piloto, peculiaridades da coleta de dados não vão ser visualizadas e poderão causar vieses no desenvolvimento da pesquisa final.

É importante aplicar o questionário no teste-piloto, pois, por meio dele, pode-se reproduzir de maneira eficaz, em escala reduzida, os achados significativos da pesquisa e, além disso, encontrar vieses que podem afetar os achados finais na coleta de dados. Por meio

do teste-piloto, situações relacionadas aos procedimentos de aplicação do recurso selecionado para coleta dos dados proporcionam condições de reflexão quanto à sua viabilidade, adequação à proposta e principalmente sua cientificidade (SILVA; OLIVEIRA, 2015).

O questionário *S-TOFLHA* não havia sido utilizado com adolescentes no cenário nacional; com isso, além da realização da validação com juízes, a aplicação do questionário com estudo piloto viabiliza a aplicabilidade do instrumento, inferindo-se qualquer dificuldade que pudesse aparecer durante a coleta de dados propriamente dita.

O teste-piloto aperfeiçoa os resultados finais obtidos, pois é uma versão diminuta do estudo completo, que envolve a realização de todas as etapas previstas nos procedimentos metodológicos de modo a possibilitar alteração e aprimoramento dos instrumentos na fase que antecede a investigação em si (BAILER; TOMITCH; D'ELY, 2011).

É necessário ter o olhar do adolescente para adaptar e ajustar um instrumento a essa população. Sabe-se que os adolescentes têm características particulares nessa etapa da vida, assim, ao se realizar o teste-piloto, consegue-se observar possíveis adversidades, barreiras e dificuldades com o instrumento final que somente conseguem serem visualizadas na prática.

Estudos mostram a importância e o significado de se fazer um teste-piloto com a população adolescente a fim de testar e aprimorar os resultados finais encontrados nos estudos como as pesquisas de BARUFALDI *et al.* (2016); LIMA *et al.* (2017) e FERNANDES *et al.* (2012).

Diante do explicitado, percebe-se a importância desta etapa para os ajustes finais no momento de investigação com a amostra da população final. Neste momento, pode-se observar e avaliar como seria a próxima etapa, antevendo as dificuldades para conseguir transpô-la sem causar viés na coleta final.

Ratificando a experiência desta etapa do estudo, Linville *et al.* (2015), na execução de um teste-piloto, menciona sua importância para determinar o nível de adaptação cultural necessário para produzir resultados similares, mantendo fidelidade à intervenção, conforme pode-se verificar nesta pesquisa.

Neste estudo, não foi necessário realizar nenhum ajuste após a realização do teste-piloto, pelo contrário, notou-se que o questionário era de fácil aplicação com os adolescentes, estando na linguagem desse grupo e não apresentando dificuldades que pudessem interferir na coleta de dados da parte principal da pesquisa.

De acordo com os achados obtidos por meio do teste-piloto, foi percebido que a maioria dos adolescentes eram do sexo feminino e cursavam a 1ª série do Ensino Médio, comprovando o estudo de Silva *et al.* (2016).

Percebeu-se que havia uma correlação entre o conhecimento do adolescente sobre prevenção de IST/HIV/Aids e o grau de letramento. Porém, não houve diferença estatisticamente significativa confirmando esse dado.

Os adolescentes apresentaram adequado grau de Letramento em Saúde de acordo com os parâmetros de avaliação pelo próprio autor do questionário, que classifica de 67 a 100 pontos como adequado Letramento em Saúde, definido por pessoas que têm habilidade de ler e interpretar textos da saúde (PARKER, 1995).

O Letramento em Saúde envolve diversas habilidades, dentre as quais se destacam: cognitiva, social, habilidade de leitura, letramento numérico, capacidade de empregar cuidados de saúde, além de compreensão de riscos e vulnerabilidades. Em contrapartida, o LS inadequado está relacionado à pior qualidade de saúde (LAMBERT; KEOGH, 2014).

Uma lacuna encontrada na literatura é o escasso material sobre a temática avaliando o grau o letramento da população adolescente, o que fortalece ainda mais a importância de se trabalhar esse tema. O Letramento em Saúde deve ser promovido na população adolescente, pois está aumentando o número de adolescentes com letramento insatisfatório (GHADDAR *et al.*, 2011). Contudo, esse fato não foi comprovado por esta etapa do estudo, pois os adolescentes mostraram bom grau de LS.

Não há necessidade de determinar o nível de letramento regularmente, uma vez que níveis inadequados dificilmente são modificados sem estudos de intervenção. O LS é uma informação vital na promoção de melhores desfechos de saúde e uma ferramenta fundamental na eliminação das disparidades de saúde, levando-nos a recomendar a sua incorporação à lista de avaliação do paciente (SANTOS *et al.*, 2012).

No que tange ao conhecimento dos adolescentes frente à prevenção de IST/HIV/aids, eles não apresentaram um conhecimento satisfatório sobre a temática explicitada. Porém há divergência entre a literatura desse tema, pois estudos, como os de Sarduy Lugo, Sarduy Lugo e Collado Cabanin (2015) e Costa *et al.* (2015), apontam que o adolescente apresenta conhecimento satisfatório sobre esse assunto. Já para Masaoumi *et al.* (2017), a realidade é diferente, pois, de acordo com seu estudo, 72% dos adolescentes apresentavam conhecimento insatisfatório no que tange às IST/HIV/aids.

Houve uma dificuldade na definição se a nota dos adolescentes referente ao conhecimento relacionado à prevenção de IST/HIV/aids estava adequada, pois, de acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais, as escolas têm autonomia para criar suas próprias diretrizes e seus próprios regimentos internos, mediando o critério de aprovação/reprovação com base na nota dos alunos. Diante de tal fato, foi realizada uma visita nas escolas públicas

e, após consulta do regimento interno dessas instituições de ensino, foi percebido que a nota considerada adequada para a mudança de série é 60 (considerando de 0 a 100); abaixo de 60, o aluno precisará de recuperação e, na recuperação, a nota necessária, em geral, é 50 para que seja possível progredir para a série seguinte.

Nos resultados preliminares do teste-piloto, notou-se uma associação entre o conhecimento dos adolescentes sobre prevenção de IST/HIV/aids e Letramento em Saúde, pois, à medida que o conhecimento aumentava, o letramento seguia esse crescimento, porém não foi encontrado significado estatisticamente significativo.

6.3 Etapa da aplicação final dos questionários de Letramento em Saúde e conhecimento sobre prevenção de IST/HIV/aids

Detalhando as características sociodemográficas da população do estudo, verificou-se que a idade média dos participantes foi de 15,6 anos, pertencentes em sua maioria ao sexo feminino, e o grau de escolaridade mais prevalente foi 1º ano do Ensino Médio. No que se refere à renda familiar, a maioria não sabia informar, e os que souberam responder referiram de 1 a 2 salários mínimos em média. Por fim, a condição de moradia mais prevalente foi do tipo casa, residindo em média 3,8 pessoas com o adolescente.

De acordo com os achados provenientes da caracterização da amostra do estudo, a maioria da amostra pertence ao sexo feminino e tem média de idade de 15,6 anos, atestando os estudos de Ndongmo, Ndongmo e Michelo (2017), Leal e Salas (2016), Tamang *et al.* (2016) e Clark *et al.* (2016) nos quais a maioria dos adolescentes pertenciam ao sexo feminino. A pesquisa diverge do senso da população brasileira, pois os adolescentes entre a faixa etária de 15 a 19 anos totalizam em 875.242 pessoas, sendo que dessas 454.755 são do sexo masculino e 420,487 do feminino. Restringindo a população de 15 a 17 anos, encontramos 535.594 adolescentes, 278.470 do sexo masculino e 257.127 do sexo feminino (IPECE, 2014).

O grau de escolaridade mais prevalente nos adolescentes foi a 1ª série do Ensino Médio, condizendo com o estudo de Bezerra *et al.* (2015), em que a maioria dos participantes também pertencia a essa série.

Com base nos dados obtidos por meio dos resultados, foi percebida disparidade entre a idade média dos participantes (15,6 anos) com a série, visto que a maioria pertencia ao 1º ano do Ensino Médio, e sabe-se que, nessa série, a média de idade é de 15 anos. De acordo com o IBGE (2016), está reduzindo a taxa de distorção de idade por série entre os adolescentes de 15

a 17 anos nos últimos 10 anos (2005 a 2015) de 36,9% para 26,4%, e, no Nordeste, esta caiu de 56,4, em 2005, para 36,4% em 2015. Porém ainda é alarmante esse dado, pois 1/3 dos adolescentes com distorção de série encontra-se nas regiões Norte e Nordeste. Quando se compara o ensino público com o particular, essa discrepância é 3,6 vezes maior.

A média da renda familiar mais prevalente no Brasil é de meio a um salário mínimo em 30,3% da população, sendo seguida pela de um a dois salários mínimos para 24,7% (IBGE, 2016), confirmando os achados do estudo, no qual 22,2% estava no primeiro grupo e 49% no segundo. Apesar de ter sido o contrário, a maioria da renda dos adolescentes se enquadra nos parâmetros nacionais.

As regiões Norte e Nordeste do País concentram as maiores proporções de pessoas que vivem com até 1/4 de salário mínimo per capita. Esse comportamento reflete, em larga medida, as históricas desigualdades regionais produzidas ao longo do processo de desenvolvimento brasileiro, tanto em termos de condições de vida quanto de crescimento econômico (IBGE, 2015).

Segundo o IBGE (2016), moram em média 3 pessoas por domicílio no Brasil, mostrando que esse dado se aproxima do encontrado na pesquisa, na qual foi identificada uma média de 3,8 pessoas por domicílio do adolescente.

De acordo com os achados do estudo, a maioria dos adolescentes não havia iniciado a atividade sexual (53,7%). Porém, dos que tinham iniciado a vida sexual (46,3%), a média de idade para a primeira relação sexual foi de 14,4 anos (+/-1,9), tendo a prevalência de 64,6% de uso do preservativo masculino na primeira relação sexual. Na literatura foram encontrados dados diferentes referentes a essa temática: para Bezerra et al. (2015), os dados encontrados validam o presente estudo, apresentando que 46,5% dos adolescentes iniciaram a vida sexual com média de 14,7 anos.

O perfil de início da atividade sexual na Etiópia identificado por meio do estudo mostrou que 53% dos adolescentes da pesquisa haviam tido relação sexual com média de 17,29 anos de idade, e desses 46,7% informaram que a primeira relação ocorreu durante o ensino médio (YARED; SAHILE; MEKURIA, 2017). Já para Clark *et al.* (2016), 24,9% dos adolescentes já haviam iniciado a atividade sexual, sendo que 24,9% pertenciam ao sexo masculino e 24% ao feminino. Por fim, estudo realizado no Quênia mostrou que, aos 15 anos, 57,8% da população não havia iniciado a atividade sexual, 27,8 % iniciou a vida sexual com essa idade e 14,4% já havia começado anteriormente. Já aos 16 anos, 32,9% não havia iniciado a vida sexual, 46,6 % começou com essa idade e 20,6% já era sexualmente ativo.

Esses dados evidenciam que o período entre 15 e 16 anos é o pico de início da atividade sexual (SPEIZER *et al.*, 2017).

A idade de início da atividade sexual diverge bastante na literatura, visto que ela está associada a fatores pessoais e socioeconômicos da região e do próprio indivíduo, que, no caso, é o adolescente (SOUZA *et al.*, 2017). Esse fato pode ser chamado de várias adolescências, e compete a cada indivíduo viver sua adolescência de acordo com as suas características.

Outro achado desta pesquisa é que a maioria (66%) dos adolescentes referiram estar solteiro/sozinho, dado que está de acordo com a literatura, na qual 88% dos adolescentes de um estudo também afirmaram estar solteiros (YARED; SAHILE; MEKURIA, 2017). Bezerra et al. (2015) relata que 59,3% dos adolescentes informaram que fizeram uso do preservativo durante a primeira relação sexual, reforçando os achados no presente estudo, no qual 64,6% fizeram a mesma confirmação. Estudo mostra que muitos adolescentes usam o preservativo na primeira relação, deixando de fazer uso nas demais (FOLASAYO *et al.*, 2017)

De acordo com a análise das características sexuais dos adolescentes do estudo, 65,6% afirmaram que o motivo que os impulsionou a iniciar a atividade sexual foi a vontade própria, fato que pode ser confirmado, pois 74,5% dos adolescentes relataram que o “amor” foi motivo da realização da primeira atividade sexual (YARED; SAHILE; MEKURIA, 2017). Além disso, ratificando os resultados do estudo, a literatura coloca que a fase entre 14 e 17 anos é caracterizada como de experimentação na adolescência; com isso, o adolescente tem a vontade de viver as situações e experimentar as vivências, podendo geralmente culminar na iniciação sexual por vontade própria (CRESPIN; REATO, 2007).

Por meio dos achados do estudo, o conhecimento do adolescente sobre prevenção de IST/Aids foi considerado satisfatório, apresentando a média de 64,7 pontos (0-100 pontos), apresentado a variação de 20 a 100 pontos com pontuação mínima e máxima respectivamente obtida. Esses dados atestam o estudo de Souza et al. (2017), no qual os adolescentes apresentavam conhecimento satisfatório no que se refere aos aspectos gerais das IST, principalmente a aids.

De acordo com a literatura, os adolescentes apresentam um nível de conhecimento adequado sobre o HIV/Aids no que tange à forma de infecção e prevenção, sendo identificado, por meio dos resultados desta pesquisa, que 85% dos adolescentes apresentam conhecimento satisfatório no que se refere à temática IST/HIV/aids (SARDUY LUGO; SARDUY LUGO; COLLADO CABANIN, 2015).

Divergindo dos achados encontrados, Silva et al. (2016) apontou índices significativos de desconhecimento em relação à transmissão, à prevenção e ao tratamento da

AIDS e elucidou alguns comportamentos de risco que tornam a população jovem vulnerável às IST/Aids. Um estudo realizado no Nepal mostrou que a maioria dos adolescentes não tem conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva, devendo ser revista a forma de abordagem sobre a temática, pois a falta de conhecimento está fazendo com que esse grupo etário apresente comportamento de risco em relação à sexualidade (TAMANG *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2015).

Em relação à associação do conhecimento sobre a prevenção de IST/HIV/aids e as características sociodemográficas, não houve diferença estatisticamente significativa com as variáveis sexo, renda, quantitativo de pessoas que residem com o adolescente e tipo de moradia; apenas com escolaridade houve diferença: quanto maior a série, maior o conhecimento sobre IST/HIV/aids.

Quando foi associado o conhecimento do adolescente com as características sociodemográficas, não se percebeu diferença entre essas variáveis, apenas na segunda série do ensino médio, na qual os alunos apresentaram melhor conhecimento estatisticamente significativo. De acordo com a literatura, as mulheres apresentam menor conhecimento quando comparadas aos homens na temática IST/HIV/aids (CARVALHO *et al.*, 2015), contrariando os achados do presente estudo. Porém, no estudo de Souza *et al.* (2017), não foi encontrada essa diferença, pelo contrário, não havia diferença estatisticamente significativa entre os gêneros.

Reforçando o estudo de Tamang *et al.* (2017), quanto maior a escolaridade, maior o conhecimento do adolescente sobre a temática IST/HIV/aids. Além disso, não houve diferença estatisticamente significativa entre as idades do estudo.

Em conformidade com os achados encontrados, o estudo mostra que a falta de conhecimento sobre aspectos da prática sexual não tem relação com as condições socioeconômicas e o nível de escolaridade; o que realmente influencia no conhecimento dos adolescentes são conceitos equivocados, enraizados de tabus, provenientes de fontes duvidosas, e falta de acesso à educação no campo sexual e reprodutivo (SOUZA *et al.*, 2017).

As orientações fornecidas ao adolescente, muitas vezes, são oriundas de ambientes não contemplados pelo serviço de saúde e pelas instituições de ensino, advindas, quase sempre, dos amigos. Esse conhecimento, inúmeras vezes, é superficial e repleto de tabus e preconceitos, uma vez que provém de fontes não confiáveis, que, geralmente, também não têm acesso à educação sexual. Esses fatores culminam na falta de conhecimento dos adolescentes em relação à transmissão, à prevenção e ao tratamento da Aids, facilitando a ocorrência de comportamentos de risco, que tornam essa população vulnerável a

IST/HIV/aids, como o início precoce da vida sexual e o infrequente uso de preservativos (SILVA *et al.*, 2016).

Conforme os achados do presente estudo, não há diferença estatisticamente significativa entre quem iniciou a atividade sexual e o conhecimento sobre a prevenção de IST/HIV/aids. Em geral, os adolescentes apresentavam bom conhecimento em relação a essas características, fato que corrobora a literatura, na qual não houve diferença entre o conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV e o uso do preservativo masculino (TINGEY *et al.*, 2017).

Ao realizar a comparação do uso do preservativo com o conhecimento dos adolescentes, observou-se que tanto quem utilizava o preservativo quanto quem não fazia uso dele tinha conhecimento da sua importância, o que confirma dados encontrados na literatura, pois, de acordo com *The Society for Adolescent Health and Medicine* (2017), o adolescente apresenta conhecimento em relação à prevenção de IST/Aids por meio do uso do preservativo. O estudo encontrado mostra ainda que os adolescentes não usam preservativo por falta de conhecimento, e, sim, por outros aspectos, como falta de disponibilidade, dinâmica dos relacionamentos e custo.

A falta de disponibilidade do preservativo pode ser evidenciada pelo fato de ele não ser de livre acesso à população adolescente, pois, como já se sabe, esse grupo etário não procura o serviço de saúde. Assim, as escolas deveriam disponibilizar o preservativo aos adolescentes. Outro aspecto é a dinâmica de relacionamento dos adolescentes, que se inicia de maneira abrupta, culminando geralmente na atividade sexual sem a devida precaução e planejamento. Por fim, o custo financeiro do preservativo faz com que alguns adolescentes não tenham condições financeiras de adquiri-lo (THE SOCIETY FOR ADOLESCENT HEALTH AND MEDICINE, 2017).

No que se referiu ao Letramento em Saúde, o nível deste aos adolescentes foi considerado adequado (média de 87,4 pontos) de acordo com os resultados da pesquisa, o que significa que os adolescente conseguem ler e interpretar situações de saúde. Ao buscar na literatura dados referentes a essa avaliação, poucos estudos foram encontrados com a população adolescente a nível nacional. De acordo com a literatura nacional, os adolescentes apresentaram um bom grau de Letramento em Saúde (ROCHA; ROCHA; LEMOS, 2017).

Validando o estudo, foi encontrado em pesquisas internacionais que a maioria dos jovens/adolescentes apresenta letramento funcional em saúde adequado (SHAH; BREMMEYR; SAVOY-MOORE, 2010; ALBERTI; MORRIS, 2017; RONG *et al.*, 2017).

No entanto, há divergência na literatura no que se refere a esse tema, pois há estudos que mostram que o grau de letramento dos adolescentes é inadequado, sendo urgentes intervenções para melhorar o Letramento em Saúde dos adolescentes (KHAJOUEI; SALEHI, 2017; COSIC *et al.*, 2017).

De acordo com os achados deste estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sexo, renda, série e tipo de moradia com o LS dos adolescentes.

Na literatura, foi constatado que a idade e a escolaridade são variáveis que interferem diretamente no grau de Letramento em Saúde: na medida em que a idade aumenta, o LS diminui e, quanto maior a escolaridade, maior o letramento (ALBERTI; MORRIS, 2017; COSIC *et al.*, 2017; ROCHA; ROCHA; LEMOS, 2017).

Já a variável renda e sexo não se faz estatisticamente significativa pelo que foi encontrado na literatura, confirmando os dados alcançados por meio desta pesquisa (COSIC *et al.*, 2017).

O que pode ter interferido diretamente para um adequado grau de Letramento em Saúde é o fato de os adolescentes serem uma população jovem, pois, de acordo com a literatura, a medida que a idade aumenta o letramento diminui, ou seja, para cada 10 anos de aumento da idade, as probabilidades de melhorar a Letramento em Saúde diminuem 18% (COSIC *et al.*, 2017).

Em conformidade com o presente estudo, menciona-se o estudo de Rocha; Rocha; Lemos (2017), no qual a idade não foi fator de diferença entre os adolescentes, diferentemente das demais pesquisas, que contemplavam diferentes populações.

Diante de reduzido número de artigos encontrados no cenário nacional que envolvessem Letramento em Saúde e adolescentes, vislumbra-se como é emergente trabalhar essa temática com essa população. Crianças e jovens constituem um grupo-chave para a pesquisa e a prática de Letramento em Saúde, pois, durante a infância e a juventude, ocorrem processos fundamentais de desenvolvimento cognitivo, físico, emocional, comportamental e, nesse contexto, habilidades para a saúde são desenvolvidas. Diante disso, contemplando o LS desse grupo, intervenções mais adequadas serão realizadas, podendo ajudar a promover comportamentos saudáveis e minimizar futuros riscos para a saúde (BRODER *et al.*, 2017).

Quando associa-se o Letramento em Saúde dos adolescentes às suas características sexuais, não se encontrada diferença estatisticamente significativa nas variáveis início da atividade sexual e uso do preservativo na primeira relação. Apenas a variável idade de início apresentou diferença significativa. Comprovando os achados, não houve diferença

estatisticamente significativa entre o uso de métodos contraceptivos e o grau de Letramento em Saúde (KILFOYLE *et al.*, 2016).

Em conformidade com os achados da pesquisa, houve associação entre a idade de início da vida sexual com o grau de letramento, o que corrobora a literatura, a qual evidencia que quem inicia mais cedo a atividade sexual apresenta menor grau de letramento (KILFOYLE *et al.*, 2016).

O Letramento em Saúde de jovens é mencionado como conjunto de variáveis relacionadas com habilidades, compromissos e conhecimento, que permitem que uma pessoa se aproxime das informações sobre saúde com competência e eficácia para culminar em decisões e ações de promoção da saúde. Acredita-se que o LS pode capacitar a população adolescente, que é especialmente vulnerável e marginalizada, para se envolver mais com sua situação de saúde de maneira informada e crítica sobre suas futuras escolhas de saúde (BRODER *et al.*, 2017).

Diante da temática, obteve-se, por meio do estudo, que existe uma correlação entre as variáveis conhecimento dos adolescentes sobre a prevenção de IST/HIV/aids e o Letramento em Saúde desse grupo etário, pois foi visto, de maneira significativa, que, à medida que o grau de LS aumenta, o conhecimento dos adolescentes sobre prevenção de IST/HIV/aids torna-se maior.

O conhecimento é considerado um componente essencial do Letramento em Saúde de crianças e jovens. É necessário um determinado nível de conhecimento para compreender o conteúdo, bem como para gerenciar e analisar informações para a tomada de decisão (BRODER *et al.*, 2017). O conhecimento está intimamente relacionado ao Letramento em Saúde, sendo um aspecto crucial para o desenvolvimento deste (MORAES *et al.*, 2017).

Essas informações confirmam o que foi encontrado no estudo, visto que houve correlação entre a variável conhecimento dos adolescentes sobre IST/Aids e Letramento em Saúde.

A associação dos recursos do sistema de saúde com as competências individuais e a motivação para aprender, favorecendo a valorização e o desenvolvimento das capacidades individuais, cognitivas, sociais e comunicacionais são fatores importantes para fomentar o Letramento em Saúde (SARAIVA; LUZ, 2017).

Estudos sugerem que o Letramento em Saúde limitado pode ser considerado uma barreira significativa para adesão ao tratamento e recuperação, pois habilidades limitadas de letramento podem afetar a compreensão da informação dada e reduzir as oportunidades para aprender sobre a condição de saúde. Além disso, o letramento em saúde é influenciado pelo

conhecimento à medida que, para se ter um bom conhecimento sobre uma temática, é necessário ter adequado letramento (LINCOLN *et al.*, 2015; KIECHLE *et al.*, 2015). Esse fato está em conformidade com o encontrado nos resultados deste estudo.

Por meio da correlação obtida entre o Letramento em Saúde e o conhecimento dos adolescentes sobre IST/HIV/aids, observou-se que essas variáveis estão correlacionadas. Os adolescentes apresentaram adequado Letramento em Saúde e conhecimento sobre a temática perto do considerado limítrofe; assim, pode-se inferir que os adolescentes têm condições de apreender informações de saúde, porém o conhecimento sobre a prevenção das IST, do HIV e da aids está abaixo do grau de letramento desse grupo. Esse dado sugere que as intervenções para promover o conhecimento dos adolescentes sobre essa temática não estão acontecendo ou estão ocorrendo de maneira ineficaz.

A abordagem da orientação sexual se faz presente no ambiente escolar, visto que, de acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais do MEC, essa temática foi incluída como tema transversal, podendo abordar as dúvidas dos alunos sobre a sexualidade e o sexo propriamente dito e os aspectos que o permeiam, como a prevenção de IST/HIV/aids e gravidez precoce de maneira mais natural, sem um protocolo rígido, aproximando-se da realidade adolescente e incentivando-os a refletir sobre seu comportamento, a fazer planos, a respeitar seu corpo, o do outro e a diversidade sexual. Contudo, observou-se pouco avanço em relação a essa temática (SFAIR; BITTAR; LOPES, 2015).

Atualmente percebe-se que o conhecimento dos adolescentes em relação à prevenção de IST/HIV/aids é submergido em mitos e crenças, fazendo com que esse grupo fique mais vulnerável ao comportamento de risco (SOUZA *et al.*, 2017).

Diante do explicitado, observa-se que o adolescente tem condição de compreender sobre a temática da saúde, e o que o faz não ter um conhecimento mais fortalecido sobre IST/HIV/aids é o fato de os profissionais que atuam junto a esse grupo necessitarem de abordagens mais adequadas e propícias ao grupo. Profissionais de saúde e da educação devem ser capacitados para enfrentar melhor o desafio de educar em saúde os adolescentes, fazendo com que os jovens sejam parceiros ativos na tomada de decisões sobre sua saúde e apresentem comportamento seguro (BRODER *et al.*, 2017).

Intervenções educativas para culminar no comportamento sexual seguro devem ocorrer na adolescência, pois o desenvolvimento dessa capacidade durante essa etapa pode contribuir para que os indivíduos tenham condições de gerenciar sua saúde durante toda a vida, visto que a adolescência representa uma fase significativa na elaboração de decisões futuras sobre o autocuidado (MAGELLO, 2008).

Por fim, pontua-se que estratégias educativas na promoção da saúde são de grande valia junto a população adolescente, e o enfermeiro, geralmente, lidera ações desenvolvidas com este público que usam diversas metodologias, como por exemplo: grupos ficais, sessões de grupos, uso de aparelho celular, vídeo educativo e jogos de computador como é visualizado na literatura (LYON et al, 2003; CHANDWANI *et al*, 2011; BELZER *et al.*, 2015; THURSTON *et al*, 2014; RANA *et al.*, 2015; MACPHERSON *et al*, 2015; PESKIN *et al.*, 2015; GAROFALO *et al*, 2016).

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que o questionário *S-TOFLHA* foi validado para a população adolescente. Ele se mostrou ser um instrumento que apresenta adequabilidade e concordância ao grupo etário dos adolescentes no que se refere à identificação do grau de Letramento em Saúde dessa parcela da população. Esse fato é de grande relevância, pois, no cenário nacional, não foi encontrado nenhum instrumento que executasse tal tarefa.

A etapa do teste-piloto foi bastante rica, pois, por meio dela, foi possível identificar possíveis falhas que pudessem ser corrigidas na etapa final, reduzindo vieses, principalmente porque não se tinha, ainda, estudo com *S-TOFLHA* no Brasil com os adolescentes.

O Letramento em Saúde é um aspecto que vem ganhando cada vez mais espaço nos cenários nacional e internacional. Durante o processo educativo, na construção do conhecimento, aspectos que envolvam o grau de Letramento em Saúde farão parte, cada vez mais, do cotidiano das intervenções educativas, pois sabe-se como o processo educativo é complexo, e variáveis que favoreçam esse desenvolvimento serão realizadas e abordadas.

O conhecimento do adolescente em relação à prevenção de IST/HIV/aids pode ser considerado satisfatório devido à nota de corte optada pelo estudo. Porém, além da maneira objetiva da avaliação, fica claro que o conhecimento nessa temática ainda está em nível limítrofe, devendo ser incrementado por meio de intervenções mais adequadas a essa população.

Nesse cenário de intervenção junto à população adolescente, emerge a figura dos profissionais de saúde e de educação. É necessário um maior diálogo e comunicação entre esses profissionais, pois a atuação deles precisa ser em conjunto para que se consiga encontrar um denominador em comum, e, a partir disso, ações mais efetivas na adolescência possam emergir.

De acordo com os achados da pesquisa, o grau de Letramento em Saúde dos adolescentes foi considerado adequado, fato que mostra que ações mais voltadas ao público adolescente podem fomentar cada vez mais o conhecimento desse grupo na prevenção de IST/HIV/aids, pois os adolescentes apresentam condições adequadas para compreender as informações em saúde.

Aspecto relevante dentro dos achados encontrados é a interferência da idade no grau de letramento, pois acredita-se que, quanto mais jovem o indivíduo, maior a chance de ele ter um adequado Letramento em Saúde, o que pode ter implicado no melhor resultado quando verificado o grau de Letramento em Saúde nesta pesquisa.

O conhecimento na prevenção de IST/HIV/aids para adolescentes está correlacionado ao Letramento em Saúde. Com isso, a partir dos dados obtidos pelo estudo, comprova-se a tese de que, quanto maior o grau de Letramento em Saúde, melhor é o conhecimento do adolescente em relação à prevenção às IST, ao HIV e à aids. A partir disso, estratégias educativas devem ser elaboradas com uma linguagem mais apropriada ao público-alvo com base no grau do letramento deste.

Nota-se como é relevante considerar o Letramento em Saúde dos adolescentes para que possam haver intervenções voltadas à linguagem desse público, favorecendo a obtenção do melhor resultado ao final da estratégia realizada.

A saúde do adolescente, por diversas vezes, não é tema central para o desenvolvimento de políticas públicas, e, quando se aborda esse grupo etário, historicamente a prevenção de IST/HIV/aids é o tema mais utilizado com essa parcela da população, entretanto o que se visualiza é um aumento na incidência de IST/HIV/aids entre os adolescentes.

Diante disto, nota-se que, apesar de estar havendo intervenções com esse público na prevenção de IST/HIV/aids, as taxas de infecções não mostram redução, o que indica a necessidade de rever as ações que estão sendo realizadas aos adolescentes.

Por meio do estudo, notou-se que os adolescentes apresentam Letramento em Saúde adequado, evidenciando que esse grupo etário tem a capacidade de compreender informações sobre saúde e fortalecendo o indício de que é necessário rever as intervenções que estão sendo realizadas com o público adolescente.

É relevante planejar ações considerando o grau de Letramento em Saúde da população, pois grupos com diferentes graus de letramento fazem com que a intervenção a ser realizada não seja efetiva a uma parcela do grupo, podendo estar em nível alto ou baixo aos participantes e, conseqüentemente, inadequado aos adolescentes.

Ressalta-se a importância da escola como ambiente favorável para abordar, interagir, escutar e intervir junto aos adolescentes. Apesar das imensas dificuldades do ambiente escolar, é inegável a sua importância para que se consiga atingir a população adolescente, pois esse grupo não é encontrado nos serviços de saúde, sendo assim o ambiente escolar o local que melhor agrega essa população.

É necessário um olhar mais apurado à população adolescente, pois atualmente muitas ações de promoção para as crianças e para os idosos têm sido feitas, mas, quando em relação aos adolescentes, percebe-se que essa parcela da população fica esquecida. Essa realidade é muito preocupante, pois é durante a adolescência que são realizadas escolhas e decisões de vida e, com isso, caminhos mal planejados ou tortuosos optados pelos adolescentes podem

fazer com que decisões equivocadas sejam tomadas, o que, inevitavelmente, repercutirá na vida adulta. Assim, caso queira-se investir num futuro melhor para a sociedade, é urgente que se invista nesse grupo etário, pois nenhuma etapa de vida interfere mais no futuro do que a adolescência.

8) LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo apresentou algumas limitações como, por exemplo, a população adolescente na qual identificou-se o letramento em saúde e o conhecimento sobre IST/HIV/aids pertencia às escolas públicas, não sendo contemplada as escolas particulares, e o estudo restringiu-se à Fortaleza, não contemplando o Estado do Ceará como um todo.

Outro ponto que deve ser mencionado não pela limitação, mas pela dificuldade na coleta de dados foi o aspecto de ter ocorrido greve dos professores nas escolas públicas, e a execução do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), pois, com isso, os momentos no ambiente escolar ficaram mais restritos devido ao fato da população do estudo pertencer ao ensino médio.

A adaptação da coleta de dados ao calendário escolar foi um fator de dificuldade para a pesquisa, pois, por diversas vezes, já estava agendado outros eventos como, feira cultural, simulado e semana de revisão, ocasionando uma adversidade e aumento do tempo da coleta de dados.

Pela população do estudo ser adolescente e necessitar da autorização dos pais/responsáveis legais, além da sua aceitação, esse fato compromete a realização da pesquisa, pois esta é uma barreira difícil para ser transposta na aquisição da anuência dos responsáveis para início da coleta de dados. Sendo uma limitação em diversas pesquisas com adolescentes.

O número de artigos que abordasse a temática do letramento em saúde e a prevenção de IST/HIV/aids no cenário nacional também é apontado como limitação, pois encontra-se diversos artigos no âmbito internacional, mas no Brasil ainda é limitado o quantitativo de embasamento teórico para discussão dos dados encontrados.

Recomenda-se o uso do *S-TOFLHA* com a população adolescente, visto que no cenário nacional não foi encontrado um instrumento adaptado à população adolescente na identificação do grau de letramento em saúde deste público. Por meio desta pesquisa, obteve-se a validação do *S-TOLHFA* para este grupo etário, devendo este ser utilizado com adolescentes, pois é importante identificar o grau de letramento em saúde, sobretudo no desenvolvimento de intervenções educativas para adequar a linguagem a ser utilizada.

É de grande relevância a recomendação de atuar interdisciplinarmente com a população adolescente, pois o profissional da saúde, da educação assim como os pais necessitam ter um alinhamento no diálogo e conduta para que se atinja a promoção da saúde dos adolescentes.

Importante ressaltar que seja necessário fazer atividades lúdicas e educativas com o adolescente para conseguir a adesão deste público a estratégia proposta, pois devido a dinamicidade desta parcela da população, quando não se tem algo que seja participativo ao processo proposto a este grupo, os adolescentes pouco se interessam pela ação proposta.

Fortalecer o conhecimento dos adolescentes em relação à prevenção de IST/HIV/aids, pois é notório a necessidade de abordar este tema nesta fase do ciclo vital. Assim, ressalta-se a importância de estratégias educativas focadas na fase da adolescência, contemplando crenças, mitos, tabus e informações equivocadas que circundam os adolescentes. Neste contexto, emerge a figura do enfermeiro como um educador em saúde, fortalecendo esse vínculo com adolescente e propiciando as atividades com este foco.

Por fim, recomenda-se que o *S-TOFLHA* seja aplicado com outros grupos de adolescentes para considerar o grau de letramento em saúde desta população para que seja realizado intervenções com a linguagem adequada e de fácil compreensão ao público na qual se destina.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Traci L; MORRIS, Nancy J. Health literacy in the urgent care setting: What factors impact consumer comprehension of health information? **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v.29, p.242–247, 2017. Available from: [doi: 10.1002/2327-6924.12452](https://doi.org/10.1002/2327-6924.12452)
- ALMEIDA, Thayse Gomes de *et al.* Validação de material educativo como ferramenta pedagógica sobre métodos contraceptivos para adolescentes. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n.12: p.4696-700, dez, 2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9827/pdf_1920
- AMORIM, Melania Maria Ramos *et al.* Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controlado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 404-410, Aug. 2009.
- ANDRADE, L. M. **Construção e validação de um manual de orientações a familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada.** 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- BACCARAT DE GODOY MARTINS, Christine; SALOMÉ DE SOUZA, Solange Pires. Adolescente e Sexualidade: as possibilidades de um projeto de extensão na busca de uma adolescência saudável. **av.enferm.** [online]. 2013, v.31, n., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a16.pdf>
- BAILER, Cyntia; TOMITCH, Leda Maria Braga; D'ELY, Raquel Carolina Souza. Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. **Revista Intercâmbio**, São Paulo, v. XXIV: p. 129-146, 2011. Acessado em 20 de agosto de 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/intercambio/article/view/10118/7606>
- BARUFALDI, Laura Augusta *et al.* Software to record 24-hour food recall: application in the Study of Cardiovascular Risks in Adolescents. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.19, n.2, p.464-468, June, 2016. Acessado em 10 de outubro de 2017. Available from: http://www.scielo.org.br/pdf/rbepid/v19n2/en_1980-5497-rbepid-19-02-00464.pdf
- BARRETO, A.C.M.; SANTOS, R.S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Dec. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a17.pdf>
- BAKER, D.W. *et al.* Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Educ Couns.** v. 38, n.1, p.33-42, 1999.
- BANISTER, E.M; BEGORAY, D.L. Responding to Adolescent Women's Reproductive Health Concerns: Empowering Clients Through Health Literacy. **Health Care for Women International**, v.32: 2011, p.344–354,
- BEATON, D.E *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine.** v.25, n. 24, p.3186-91, 2000.

BELLUCCI JUNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, Oct. 2012. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>

BELZER *et al.* Acceptability and Feasibility of a Cell Phone Support Intervention for Youth Living with HIV with Nonadherence to Antiretroviral Therapy. **AIDS patient care and STDs**, 2015.

BEZERRA, Elys de Oliveira *et al.* Social representations of adolescents on sexual relations and the use of condoms. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 84-91, Mar. 2015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/1983-1447-rgenf-36-01-00084.pdf>

BORAWSKI, Elaine A *et al.* Effectiveness of Health Education Teachers and School Nurses Teaching Sexually Transmitted Infections/Human Immunodeficiency Virus Prevention Knowledge and Skills in High School. **J Sch Health**. March; v.85, n.3: p. 189–196, 2015. Available from: [doi:10.1111/josh.12234](https://doi.org/10.1111/josh.12234).

BORDIGNON, Monique Nunes Fiuza Dia; LIBERALI, Rafaela; BORDIGNON, Julio Cesar Pegado. Causas da não utilização de preservativos nas práticas sexuais de adolescentes: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, n1, p. 207-13, jan., 2017. Disponível em: [DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201725](https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201725)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, PN de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Ano IV, n. 1, 27^a à 53^a semana epidemiológica, julho/dez. 2014. Ano IV, n. 1, 01^a à 26^a semana epidemiológica, jan./junho, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Resoluções do Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Hepatite Virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/ DST**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n° 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 3^a ed. Brasília, DF, 2001.

BRÖDER, Janine *et al.* Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. **BMC Public Health**, 2017. Available from: [DOI 10.1186/s12889-017-4267-y](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y)

CAMARGO, E. Á. I; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, v. 3, p. 937-946, 2009.

CAMPOS, Juliana Alvares Duarte Bonini *et al* . Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do município de Passos - MG. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4745-4754, Dec. 2011

CARTHERY-GOULART, Maria Teresa *et al* . Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 631-638, ago. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/124.pdf>

CARVALHO, Paulie Marcelly Ribeiro dos Santos *et al* . Prevalence of signs and symptoms and knowledge about sexually transmitted diseases. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 95-100, Feb. 2015 . Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/en_1982-0194-ape-028-001-0095.pdf

CEARÁ, Secretaria de educação do Estado do Ceará- SEDUC, 2011. Disponível em: http://portal.seduc.ce.gov.br/images/Avaliacao_2011/rel_esc_infra_2011.pdf

CEARÁ, Secretaria de educação do Estado do Ceará- SEDUC, 2015. Disponível em: http://www.apeoc.org.br/extra/Escola_Estaduais_Enderecos.pdf

CEARÁ, Lei Estadual nº 14.273. **Dispõe sobre a criação das Escolas Estaduais de Educação Profissional – EEEP, no âmbito da Secretaria da Educação, e dá outras providências**, 2008.

CHANDWANI *et al* . A Multimodal Behavioral Intervention to Impact Adherence and Risk Behavior among Perinatally and Behaviorally HIV-infected Youth: Description, Delivery, and Receptivity of Adolescent Impact. **AIDS Education and Prevention**, 2011.

CHANG, L.C.; HSIEH, P.L.; LIU, C.H. Psychometric evaluation of the Chinese version of short-form Test of Functional Health Literacy in Adolescents. **J Clin Nurs**. Sep; v.21, n.17-18, p.2429-37, 2012.

CHISOLM, D.J.; BUCHANAN, L. Measuring adolescent functional health literacy: a pilot validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults. **J Adolesc Health**. Sep; v.41, n. 3, p.312-4. 2007.

CLARK, Terryann C. Changes in the sexual health behaviours of New Zealand secondary school students, 2001–2012: findings from a national survey series. **Aust NZ J Public Health**. v.40: p.329-36, 2016. Available from: [doi: 10.1111/1753-6405.12543](https://doi.org/10.1111/1753-6405.12543)

COLE, M.; COLE, S.R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

COSIC, Filip *et al* . Health Literacy in Orthopaedic Trauma Patients. **J Orthop Trauma**, v.31, n.3, March, 2017. Available from: [DOI: 10.1097/BOT.0000000000000764](https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000000764)

COSTA, Ana Cristina Pereira de Jesus *et al* . Protagonism of adolescents in preventing sexually transmitted diseases. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 5, p. 482-487, Aug. 2015. Acessado em 10 de junho de 2017. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/en_1982-0194-ape-28-05-0482.pdf

COSTA, Ana Cristina Pereira de Jesus *et al* . Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz - Maranhão. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre , v. 34, n. 3, p. 179-186, Sept. 2013. Acessado em: 23 July 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300023>.

COSTA, M. C. O. *et al.*; Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. **Jornal de Pediatria** - Vol. 77, Supl.2, 2001.

CRESPIN, J; REATO, L.F.N. **Herbiatria: Medicina da adolescência**. São Paulo: Roca, 2007.

CRUZEIRO, Ana Laura Sica *et al* . Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1149-1158, June, 2010.

CUKLJEK, Snjezana; JURESA, Vesna; BABIC, Janko. The cross-cultural (transcultural) adaptation and validation of the nursing image questionnaire. **Nurse Education Today**, v.48, p.67–71, 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.006>

CUNHA, Marina Isabel Vieira Antunes *et al* . Avaliação do impacto de acontecimentos traumáticos na adolescência: validação da Impact of Event Scale-Revised. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 34, n. 2, p. 249-260, June 2017 . Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v34n2/0103-166X-estpsi-34-02-00249.pdf>

DALCIN, Camila Biazus *et al* . Factors associated with violence in schools: extending knowledges and practices for nursing. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n.4, e4530014, 2016 . Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/0104-0707-tce-25-04-4530014.pdf>

DAVIS, T. C. *et al.* Development and validation of the rapid estimate of adolescent literacy in medicine (REALM-teen): A tool to screen adolescents for below-grade reading in health care settings. **Pediatrics**, 118, P.1707–1714. 2006. doi:10.1542/

DAVOGLIO, Tércia Rita; SANTOS, Bettina Steren dos; LETTNIN, Carla da Conceição. Validação da Escala de Motivação Acadêmica em universitários brasileiros. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 92, p. 522-545, Sept. 2016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v24n92/1809-4465-ensaio-24-92-0522.pdf>

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Transformações recentes no perfil do docente das escolas estaduais e municipais de educação básica**. São Paulo, v.141, p.15, 2014.

DIAS, F.L.A. *et al.* Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3): 456-61. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a21.pdf>

DINAJ-KOCI, Veronica. Adolescent Sexual Health Education: Parents Benefit Too! **Health Education & Behavior**, v. 42, n5, p. 648–653, 2015. Available from: [DOI: 10.1177/1090198114568309](https://doi.org/10.1177/1090198114568309)

- DOURADO, Inês *et al* . Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 63-88, set. 2015 . Disponível em http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00063.pdf
- FERNANDES, Laís *et al* . Qualidade de vida e funcionalidade em adolescentes com escoliose idiopática: estudo piloto. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 25, n. 1, p. 73-81, Mar. 2012. Acessado em 10 de julho de 2017. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n1/a08v25n1.pdf>
- FLEURI, Reinaldo Matias. **Perfil profissional docente no Brasil: metodologias e características da pesquisa**. Instituto Nacional Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP): Brasília, 84p, 2015.
- FOLASAYO, Adigun Temiloluwa *et al*. Assessing the Knowledge Level, Attitudes, Risky Behaviors and Preventive Practices on Sexually Transmitted Diseases among University Students as Future Healthcare Providers in the Central Zone of Malaysia: A Cross-Sectional Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.14, 2017. Available from: [doi:10.3390/ijerph14020159](https://doi.org/10.3390/ijerph14020159)
- FONTELLES, Mauro José *et al*. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. **Rev. para. med**; v. 24, n. 2, abr.-jun. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n2/a2125.pdf>
- FUMEAUX, Pierre *et al*. Validation of the French Version of Conners' Parent Rating Scale Revised, Short Version: Factorial Structure and Reliability. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 61, n.4, p. 236-242, 2016. Available from: [DOI: 10.1177/0706743716635549](https://doi.org/10.1177/0706743716635549)
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação mundial da infância**. Nova York: Hatteras Press, 2011.
- GHADDAR, S.F. *et al*. Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. **J Sch Health**, Jan; v. 82, n.1, p. 28-36. 2012. doi: 10.1111/j.1746-1561.2011.00664.x.
- GENZ, Niviane *et al* . Sexually transmitted diseases: knowledge and sexual behavior of adolescents. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 2, e5100015, 2017 . Acessado em: 23 July 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005100015>.
- GAROFALO *et al*. A randomized controlled trial of personalized text message reminders to promote medication adherence among HIV-positive adolescents and young adults. **AIDS Behav**, 2016.
- GOLDSBERRY, Jennifer; MOORE, Leslie; MACMILLAN, Deborah; BUTLER, Scott. Assessing the effects of a sexually transmitted disease educational intervention on fraternity and sorority members' knowledge and attitudes toward safe sex behaviors. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 28, p. 188–195; 2016. Available from: [doi: 10.1002/2327-6924.12353](https://doi.org/10.1002/2327-6924.12353)
- GONCALVES, Helen *et al* . Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 25-41, Mar. 2015.

HALL, Kelli Stidham *et al.*. The State of Sex Education in the United States. **Journal of Adolescent Health**, v. 58, p. 595–597, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.032>

HARTMANN, Juliana Mano; CESAR, Juraci A. Conhecimento de preservativo masculino entre adolescentes: estudo de base populacional no semiárido nordestino, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2297-2306, Nov. 2013. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/16.pdf>

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2009.

HUGO, Tairana Dias de Oliveira *et al.* Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, Nov. 2011.

HULLEY, S.B. *et al.* **Delineamento a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4ªed, Porto Alegre: Artmed, 384, 2015..

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Health literacy a prescription to end confusion**. [Internet]; Washington DC: The National Academies.2004. [cited 2015 Oct 30] Available from: <http://www.iom.edu>

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Measures of Health Literacy: Workshop Summary**. [Internet]; Washington DC: The National Academies.2009. [cited 2015 Oct 10] Available from: <http://www.nap.edu/catalog/12690/measures-of-health-literacy-workshop-summary>

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Innovations in Health Literacy: Workshop Summary**. [Internet]; Washington DC: The National Academies.2011. [cited 2015 Nov. 10] Available from: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13016

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Health Literacy: Past, Present, and Future**. [Internet]; Washington DC: The National Academies.2015. [cited 2015 Nov. 30] Available from: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=21714

INSTITUTO NACIONAL ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo Escolar da educação brasileira básica 2016- Notas Estatísticas**. Brasília-DF, p.29, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Notas Técnicas- Conceitos**. Sem Ano. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas_adolescentes/notastecnicas.pdf

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Educação no Brasil**. Sem Ano. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/biblioteca/274-teen/mao-na-roda/1721-educacao-no-brasil>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Taxa de analfabetismo de pessoas de 10 anos ou mais de idade**, 2011. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=4&op=0&vcodigo=PD330&t=taxa-analfabetismo-pessoas-10-anos-mais>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Taxa de analfabetismo funcional**, 2009. Disponível em:
<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=4&op=0&vcodigo=PD384&t=taxa-analfabetismo-funcional>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Taxa de analfabetismo de pessoas de 10 anos ou mais de idade**. 2011 Disponível em:
<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=4&op=0&vcodigo=PD330&t=taxa-analfabetismo-pessoas-10-anos-mais>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: 146 p, 2016. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: 146 p, 2015. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Taxa de analfabetismo, por grupos de idade**. 2011 Disponível em:
<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=4&op=0&vcodigo=PD171&t=taxa-analfabetismo-grupos-idade>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Professores da educação básica no Brasil: condições de vida, inserção no mercado de trabalho e remuneração**. Brasília, p,44, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Anuário estatístico do Ceará**. 2014. Disponível em:
<http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/>

JESUS, F.B. *et al.* Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):359-67. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n2/a21v32n2.pdf>

KHAJOUEI, Reza; SALEHI, Fatemeh. Health Literacy among Iranian High School Students. **Am J Health Behav**; v.41, n2, p. 215-222, 2017. Available From:
<https://doi.org/10.5993/AJHB.41.2.13>

KILFOYLE, Kimberly A *et al.* Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. **Journal of women's health**, v.25, n.12, 2016. Available from: [DOI: 10.1089/jwh.2016.5810](https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5810)

KIRSH, I *et al.* **Adult literacy in America: a first look at the results of the National Adult Literacy Survey**. Washington, DC: National Center for Education Statistics, United States Department of Education, 1993.

KIECHLE, Eric S. Different Measures, Different Outcomes? A Systematic Review of Performance-Based versus Self-Reported Measures of Health Literacy and Numeracy. **J Gen Intern Med**, v. 30, n.10: p. 1538–46, 2015. Available from: [DOI: 10.1007/s11606-015-3288-4](https://doi.org/10.1007/s11606-015-3288-4)

LAMBERT, V; KEOGH, D. Health literacy and its importance for effective communication. **Nurs Child Young People**. Apr; v. 26, n.3, p.31-7; 2014. doi: 10.7748/ncyp2014.04.26.3.31.e387.

LAUREANO, G.H.C. **Coeficiente de Correlação Intraclases: comparação entre métodos de estimação clássico e bayesianos**. 2011. 69 f. Monografia (Bacharel em Estatística) - Departamento de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

LEAL, Kimberly Benavides; SALAS, Dayanna Paulette Alfaro. Estrategias de mediación didáctica para la educación sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José , n. 31, p. 92-112, Dec. 2016. Available from: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n31/1409-4568-enfermeria-31-00092.pdf>

LEAL, Vanessa Sá *et al* . Desnutrição e excesso de peso em crianças e adolescentes: uma revisão de estudos brasileiros. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 30, n. 3, p. 415-422, Sept. 2012

LEVINSON, Anna Newton; LEICHLITER, Jami; MOULI, Venkatraman Chandra. Sexually Transmitted Infection Services for Adolescents and Youth in Low- and Middle-Income Countries: Perceived and Experienced Barriers to Accessing Care. **Journal of Adolescent Health**, v. 59, p. 7-16, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.014>

LIMA, Luiz Rodrigo Augustemak de *et al* . Exercise Improves Cardiovascular Risk Factors, Fitness, and Quality Of Life in Hiv+ Children and Adolescents: Pilot Study. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 171-176, June 2017. Acessado em 08 de outubro de 2017. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n2/2359-4802-ijcs-30-02-0171.pdf>

LINCOLN, Alisa K *et al* . A preliminary examination of the meaning and effect of limited literacy in the lives of people with serious mental illness. **Journal of community psychology**, v. 43, n. 3, p.315–320, 2015. Available from: [DOI: 10.1002/jcop.21680](https://doi.org/10.1002/jcop.21680)

LINVILLE, Deanna *et al*., Effectiveness of an eating disorder preventative intervention in primary care medical settings. **Behaviour Research and Therapy**, v. 75, p. 32-39, 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.004>

LOBIONDO-WOOD, G; HABER J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 116-17.

LOPES, M. V. O. **Validação de software educativo para auxílio ao ensino de sinais vitais**. 2001. 152 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2001.

LOURENÇO, Benito; QUEIROZ, Lígia Bruni. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med (São Paulo)**. 2010 abr.-jun. v. 89, n.2: pag. 70-5. Acessado em 10 de

novembro de 2017. Disponível em: <http://geniusinternacional.com.br/wp-content/uploads/2017/08/artigo.pdf>

LUCKOW, Heloiza Iracema; CORDEIRO, Aliciene Fusca Machado. Concepções de Adolescência e Educação na Atuação de Profissionais do CAPSi. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 393-403, June 2017 access on 25 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001432016>

LUGO, Mirelys Sarduy; LUGO, Anabel Sarduy; CABANIN, Lidia Esther Collado. Nivel de conocimientos sobre VIH/sida en estudiantes de secundaria básica. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 31, n. 4, dic. 2015. Disponible em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400004

LUNA, I.T. **Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua**. 2014. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2014.

LYON *et al.* A Family Group Approach to Increasing Adherence to Therapy in HIV-Infected Youths: Results of a Pilot Project. **AIDS patient care and STDs**, 2003.

MACHADO, Regimar Carla et al. Nursing care protocol for patients with a ventricular assist device. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 335-341, Apr. 2017. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/0034-7167-reben-70-02-0335.pdf>

MACPHERSON, P *et al.* Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care. **Adolescent HIV Care**, 2015.

MANGANELLO, J.A. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. **Health Educ Res.** 2008; v.23, n5 :840-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/her/cym069>.

MARQUES, I. R.; MARIN, H. F. Enfermagem na web: o processo de criação e validação de um web site sobre doença arterial coronariana. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.3, p.298-307, 2002

MASOUMI, Seyedeh Zahra *et al.* Educational needs of female adolescents regarding reproductive health: A case study in Hamadan-Iran. **Journal of Research & Health**, Social Development & Health Promotion Research Center. Jul & Agu; Vol. 7, No. 4, p. 927 – 934, 2017 doi: 10.18869/acadpub.jrh.7.4.927

MASSEY, P. *et al.*, Findings toward a multidimensional measure of adolescent health literacy. **Am J Health Behav.** May; v. 37, n. 3, p. 342-50. 2013 doi: 10.5993/AJHB.37.3.7.

MATOS, Daniel Abud Seabra. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na Área educacional. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 25, n. 59, p. 298-324, set./dez. 2014. Acessado em 20 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1947/1947.pdf>

MIRANDA, Angelica Espinosa *et al.* Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. **Ciênc.**

saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 489-497, Feb. 2013. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/20.pdf>

MORAES, Katarinne Lima *et al* . Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 1, p. 155-162, Feb. 2017 . Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0155.pdf

NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Analfabetismo cai, mas mulheres ainda têm menos acesso à educação**, 2013. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/unesco-analfabetismo-cai-mas-mulheres-ainda-tem-menos-acesso-a-educacao/>

_____. **O desafio Global da Educação: O perfil da alfabetização de jovens e adultos na metade da década das Nações Unidas para alfabetização 2003-2012**. 2009. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170por.pdf>

NASN, American Nurses Association & National Association of School Nurses. **Scope and standards of practice - School nursing**. 2nd ed. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org; 2011.

NDONGMO, Therese Ntigwa; NDONGMO, Clement Bertin; MICHELO, Charles. Sexual and reproductive health knowledge and behavior among adolescents living with HIV in Zambia: a case study. **Pan African Medical Journal**. v. 26, n.71, 2017. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/26/71/full/>

NUTBEAM, D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**.v.15, n. 3. 2006.

OLIVEIRA, Maira Okada de. **Uso do S-TOFHLA em pacientes com doença de Alzheimer leve e comprometimento cognitivo leve como medida da avaliação ao analfabetismo funcional**. (Dissertação). São Paulo (SP). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 143f, 2012.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **La Salud de los Jóvenes: Un Reto y una Esperanza**. Geneva: OMS, 1995.

PARKER, RM *et al*. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J Gen Intern Med**. 1995;10(10):537-41.

PAIM, Ane Elisa *et al* . Validation of an instrument regarding nursing intervention in patients in vasoactive therapy. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília , v. 70, n. 3, p. 453-460, June 2017 . Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/0034-7167-reben-70-03-0453.pdf>

PASSAMAI, Maria da Penha Baião. **Letramento Funcional em Saúde de Adultos no Contexto do Sistema Único de Saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**. (Tese). Fortaleza (CE). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE-UFC-UNIFOR. 2012

PASSAMAI, Maria da Penha Baião *et al.* . Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 41, p. 301-314, June 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2812.pdf>

PATTON, George C *et al.* Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. **The Lancet Commission**, v. 387, p. 2423–78, June, 2016. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)

PERRY, Elizabeth L. Health literacy in adolescents: an integrative review. **J Spec Pediatr Nurs.** Jul, v.19, n 3, p. 210-8. 2014. doi: 10.1111/jspn.12072.

PESKIN, Melissa F. *et al.* Efficacy of It's Your Game-Tech: A Computer-Based Sexual Health Education Program for Middle School Youth. **J Adolesc Health.** May, v.56, n.5, p.515–521, 2015. Available from: [doi:10.1016/j.jadohealth.2015.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.01.001).

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem** [trad] Denise Regina Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RANA *et al.* Short Message Service (SMS)-Based Intervention to Improve Treatment Adherence among HIV-Positive Youth in Uganda: Focus Group Findings. **PLOS ONE**, 2015

RASCHE, RS; SANTOS, MSS. A enfermeira escolar e seu objetivo. **Esc Anna Nery.** 2008; 12(3):406-10.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3ªEd. São Paulo: Atlas, 2011.

ROBALO, Lina; CRUZ, Eduardo B.; NUNES, Carla. Validação para a população adolescente portuguesa com dor lombar: do Modified Hanover Functional Ability Questionnaire. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa , v. 34, n. 1, p. 61-68, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n1/v34n1a09.pdf>

ROBINSON, Sally; ROBINSON, Carol. Risk and teenage parenthood: an early sexual health intervention. **Health Education**, Vol. 117, n.4, p.382-397, 2017. Available from: <https://doi.org/10.1108/HE-01-2017-0007>

ROCHA, Poliana Cristina; ROCHA, Dálian Cristina; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Functional health literacy and quality of life of high-school adolescents in state schools in Belo Horizonte. **CoDAS**, São Paulo , v. 29, n. 4, e20160208, 2017 . Available from: http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n4/en_2317-1782-codas-29-4-e20160208.pdf

ROHRBACH, Louise A *et al.* A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial. **Journal of Adolescent Health**, v. 57, p. 399-406, 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.07.004>

RONG, Honghui *et al.* Survey of health literacy level and related influencing factors in military college students in Chongqing, China: A cross-sectional analysis. **PLoS ONE**, v.12, n.5, 2017. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177776>

- ROQUE, Hugo; VELOSO, Ana; FERREIRA, Pedro L. Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.50, n.61, 2016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006259.pdf>
- ROSANELLI, Cleci Lourdes Schmidt Piovesan; SILVA, Lúcia Marta Giunta da; GUTIERREZ, Maria Gaby de Rivero. Cross-cultural adaptation of the Caring Ability Inventory to Portuguese. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 29, n. 3, p. 347-354, June 2016 . Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/en_1982-0194-ape-29-03-0347.pdf
- SAMPAIO, J. *et al* . Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2161/1/19.pdf>
- SARAIVA, Cristina; LUZ, Maria Deolinda da. Teste de literacia funcional em saúde no adulto: processo preliminar de adaptação cultural e validação. **Rev baiana enferm**, v.31, n.1, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17986/pdf>
- SANTOS, L. T. M. *et al* . Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 34, n. 3, p. 293-302, Sept. 2012. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a14.pdf>
- SCHMIDT, C. O *et al* . Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in eastern Germany. **Health Education Research**, v. 25, p. 542–551, 2010. doi:10.1093/her/cyq011, 10.1093/her/cyq011.
- SCOPACASA, L.F. Validação de **Jogo educativo para adolescentes na prevenção das DST/AIDS** [Dissertação]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2013
- SFAIR, Sara Caram; BITTAR, Marisa; LOPES, Roseli Esquerdo. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 620-632, June 2015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00620.pdf>
- SHAH, L.C.; WEST, P; BREMMEYR, K; SAVOY-MOORE, RT. Health literacy instrument in family medicine: the “newest vital sign” ease of use and correlates. **J Am Board Fam Med.** 2010; v.23, n. 2: 195-203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.070278>.
- SILVA, Hítalo Andrade da *et al* . Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21: is it valid for Brazilian adolescents?. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 486-493, Dec. 2016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n4/1679-4508-eins-14-04-0486.pdf>
- SILVA, Ítalo Rodolfo *et al* . Complex thinking supporting care strategies for the prevention of STDS/AIDS in adolescence. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis , v. 24, n. 3, p. 859-866, Sept. 2015. Available from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/0104-0707-tce-24-03-00859.pdf>

SILVA, K. L. *et al.* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 jan-fev; v.62, n.1: p. 86-9

SILVA, Luis Henrique; OLIVEIRA, Anna Augusta Sampaio. Contribuições do projeto piloto à coleta de dados em pesquisas na área de educação. **RIAAE – Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v.10, n.1, jan./mar, 2015. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7584/5361>

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da *et al.*,. Conhecimento de estudantes adolescentes sobre transmissão, prevenção e comportamentos de risco em relação as DST/HIV/AIDS. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**; v.8, n.4: p.5054-5061, out/dez. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3634/pdf>

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

SIMONDS, S.K. Health education as social policy. **Health Educ. Monogr.**, v.2, n.1,suppl., p.1-10, 1974.

SOUZA, Vânia de; GAZZINELLI, Maria Flávia; SOARES, Amanda Nathale *et al.* The game as strategy for approach to sexuality with adolescents: theoretical-methodological reflections. **Rev. Bras. Enferm. [Internet]**. 2017 Apr. Acessado em 25 de julho de 2017; v.70, n.2: 376-383. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0043>.

SOUZA, Vânia de Pimenta *et al.* Conhecimentos, vivências e crenças no campo sexual: um estudo com alunos do ensino médio com perfis socioeconômicos diferenciados. **Rev Min Enferm**. v. 21, 2017. Disponível em : [DOI: 10.5935/1415-2762.20170001](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170001)

SOUZA, Luciano Dias de Mattos *et al.* . Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 4, p. 286-292, 2010.

SPEIZER, Ilene S *et al.* Examination of youth sexual and reproductive health transitions in Nigeria and Kenya using longitudinal data. **BMC Public Health**, v.17, 2017. Available from: [DOI 10.1186/s12889-017-4039-8](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4039-8)

SPINDOLA, Thelma *et al.* Produção de conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis na população jovem: pesquisa bibliométrica. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**; v.7, n.3, p. 3037-3049, jul.-set. 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4644/pdf_1669

TAMANG, Laxmi *et al.*, Knowledge, experience, and utilisation of sexual and reproductive health services amongst Nepalese youth living in the Kathmandu Valley. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 11, p. 25–30, 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.002>

TAQUETTE, Stella Regina *et al.* Sexual and reproductive health among young people, Rio de Janeiro, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1923-1932, June 2017 . Available from: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1923.pdf

TAQUETTE, S.R. *et al.* A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 3, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n3/a15v51n3.pdf>

TEIXEIRA, Abílio Cardoso; NOGUEIRA, Maria Assunção Almeida; ALVES, Paulo Jorge Pereira. Empoderamento psicológico em enfermagem: tradução, adaptação e validação do "Psychological Empowerment Instrument". **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 16, p. 27-33, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n16/n16a04.pdf>

TELES, L. M. R. **Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante trabalho de parto e parto**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

THE SOCIETY FOR ADOLESCENT HEALTH AND MEDICINE. Condom Availability in Schools: A Practical Approach to the Prevention of Sexually Transmitted Infection/HIV and Unintended Pregnancy. **Journal of Adolescent Health**, v.60, p. 754-757, 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.03.019>

THURSTON *et al.* Adaptation of an HIV Medication Adherence Intervention for Adolescents and Young Adults. **Cogn Behav Pract**, 2014.

TINGEY, Lauren *et al.* The Impact of a Sexual and Reproductive Health Intervention for American Indian Adolescents on Predictors of Condom Use Intention. **Journal of Adolescent Health**, v. 60, p. 284-291, 2017. Available From: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.025>

TONES, K. Health literacy: new wine in old bottles? **Health Educ Res.** Jun; v.17, n. 3, p.287-90. 2002. doi: 10.1093/her/17.3.287

UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Together we will end AIDS**. 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

UNAIDS, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Global AIDS Update**, 2016.

UNAIDS, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Prevention Gap Report**, 2016

UNAIDS, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2014 **GLOBAL STATISTICS**, 2014. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_en.pdf

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). Health communication. In: US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - USDHHS. **Healthy people** 2010. 2.ed. Washington (DC): US Government Printing Office, 2000. p.1-25

VIEIRA, Caroline Evelin Nascimento Kluczynik *et al.* Validación de instrumento para la detección de adolescentes con sobrepeso en la escuela. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 15, n. 43, p. 321-331, jul. 2016. Acessado em 12 de outubro de 2017. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/administracion4.pdf>

VIERO, Vanise dos Santos Ferreira; FARIAS, Joni Marcio de. Educational actions for awareness of a healthier lifestyle in adolescents. **J. Phys. Educ.**, Maringá, v. 28, e2812, 2017. Acessado em: 25 de julho de 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/jphyseduc.v28i1.2812>

WEISS, B.D. *et al.* Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. **Ann. Fam. Med.**, v.3, n.6, p.514-22, 2005.

WHO, World Health Organization. **Health literacy and health behaviour**. 2011. Acesso 20 fev. 2015. Disponível em: www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/.

WU, A.D. *et al.* Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. **Health Promotion International**, v. 25, p. 444–452. 2010. Available from: [doi:10.1093/heapro/daq032](https://doi.org/10.1093/heapro/daq032)

WU, Ying *et al.* Prevalence and Risk Factors of Low Health Literacy: A Community-Based Study in Shanghai, China. Int. **J. Environ. Res. Public Health**, 2017. Available from: [doi:10.3390/ijerph14060628](https://doi.org/10.3390/ijerph14060628)

YIP, Benjamin Hon-Kei *et al.* ‘Let’s talk about sex’ – A Knowledge, Attitudes and Practice study among Paediatric Nurses about Teen Sexual Health in Hong Kong. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, p. 2591–2600, 2015. Available from: [doi: 10.1111/jocn.12869](https://doi.org/10.1111/jocn.12869)

YARED, Abenezer; SAHILE, Zekariyas; MEKURIA, Mulugeta. Sexual and reproductive health experience, knowledge and problems among university students in Ambo, central Ethiopia. **Reproductive Health**, v. 14, n.41, 2017. Available from: [DOI 10.1186/s12978-017-0302-9](https://doi.org/10.1186/s12978-017-0302-9)

**APÊNDICE A- CARTA CONVITE AOS JUIZES PARTICIPANTES DA ESTAPA DE
VALIDAÇÃO**



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

Carta Convite

Eu, Ligia Fernandes Scopacasa, venho por meio desta carta convite, convidá-la (o) a participar como juiz na validação do questionário S-TOFLHA para adolescentes de escola publica em Fortaleza-CE, ressalto que este instrumento tem o intuito de avaliar o grau de letramento em saúde dos adolescentes e contém 36 itens a serem avaliados.

Desde já agradecemos a atenção, e salientamos que ficaríamos muito satisfeitas com a sua participação, pois temos conhecimento da sua competência da aérea da pesquisa que enriquecerá bastante o presente instrumento.

Atenciosamente,

Ligia Fernandes Scopacasa

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - JUÍZES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - JUÍZES

Você está sendo convidado por Ligia Fernandes Scopacasa como participante de uma pesquisa intitulada **Prevenção de DST/Aids e o letramento em saúde na adolescência** que tem como objetivo validar o questionário S-TOFLHA para adolescentes de escola pública em Fortaleza-CE. Este estudo faz parte do Projeto de Tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A sua participação é importante e você não deve participar caso não tenha vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

Para a coleta de dados, em primeiro lugar, informo que receberá um questionário de 36 itens que avalia o grau de letramento e você avaliará se o questionário está adequado a população adolescente no que se refere à linguagem, inteligibilidade e compreensão do adolescente por meio de um instrumento. Este estudo apresenta risco mínimo, pois você irá responder a um questionário, ou seja, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. O benefício da pesquisa refere-se que o letramento em saúde é algo novo na área da saúde no cenário nacional, assim é uma variável que pode fortalecer o processo ensino-aprendizado na educação em saúde favorecendo a promoção da saúde. Por meio da presente pesquisa medidas interventivas deverão considerar o letramento em saúde dos adolescentes para que se consiga ter estratégias educativas que propicie a melhora do conhecimento dos adolescentes na prevenção de DST/Aids visto que o instrumento será adequado à realidade.

Tendo em vista a importância da sua participação, convido-o a autorizar a sua participação neste estudo, sendo necessário esclarecer que: a sua participação deverá ser de livre e de espontânea vontade; ao participar da pesquisa a sua identidade será mantida em sigilo

Informo, ainda, que:

- ❖ Você tem direito de não participar dessa pesquisa, se assim desejar.
- ❖ Certifico que os participantes do estudo não terão nenhuma despesa de qualquer natureza.
- ❖ Garanto-lhe o anonimato e sigredo quanto ao nome dele, e quanto às informações dadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você.
- ❖ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- ❖ Você não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa.
- ❖ Somente após devidamente esclarecido e ter entendido o que foi explicado acima, você deverá assinar este documento em duas vias, ficando uma com você e a outra com o pesquisador.



Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Ligia Fernandes Scopacasa

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo.

Telefones para contatos: 3366.8461

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos

Em face desses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito e declaração do responsável pelo participante

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Fortaleza-CE , _____ de _____ de 2016.

| | |
|---|--|
| <p>(Assinatura do Participante)</p> | <p>_____ Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo</p> <p>_____ Nome do profissional que aplicou o TCLE</p> |
| <p>Endereço do(a) participante-voluntário(a)</p> <p>Domicílio: (rua, praça, conjunto):</p> <p>Bloco: /Nº: /Complemento:</p> <p>Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:</p> | |

APÊNDICE C- Instrumento de avaliação dos juízes

Instrumento de avaliação dos juízes do S-TOFLHA

Data: ___/___/___

Graduação em: _____ Ano de titulação: _____

Especialização em: _____ Ano de titulação: _____

Mestrado em: _____ Ano de titulação: _____

Doutorado em: _____ Ano de titulação: _____

Ocupação atual: _____

Instituição em que trabalha: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Instruções de uso: leia atentamente o conteúdo do texto. O quadro abaixo representa os aspectos a serem avaliados. Leia atentamente cada um dos itens e em seguida responda a todos eles de acordo com a legenda abaixo:

4- concordo;

3- concordo parcialmente;

2- discordo parcialmente;

1- discordo.

Obs: Caso marque as opções 2 e 3, descreva o motivo pelo qual selecionou tal item.

1. OBJETIVOS – Relaciona-se ao assunto abordado na tecnologia e seus vários aspectos.

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Aborda a temática de forma efetiva | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Existe clareza nos itens | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Expressa capacidade de agregar informações | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Explica corretamente a finalidade do questionário | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Capacita os adolescentes para a promoção da saúde e mudança de comportamento e atitudes | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 6. As palavras são coerentes com o universo vocabular dos adolescentes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Demonstra a capacidade de interpretação do adolescente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Reflete situações do serviço de saúde | 1 | 2 | 3 | 4 |

Críticas ao conteúdo/pontos negativos:

Sugestões ao conteúdo/pontos positivos:

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – item determinado pela forma de apresentar o texto. Envolve, portanto, a organização geral, a estrutura, a estratégia de apresentação, a coerência e suficiência.

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. A linguagem está clara e objetiva com termos compreensíveis | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. O tamanho da letra está adequado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. O conteúdo segue uma sequência lógica e está bem estruturado em relação à concordância e a ortografia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. O material está apropriado para o nível sociocultural das adolescentes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. As quatro cartelas informativas estão expressivas e suficientes | 1 | 2 | 3 | 4 |

Críticas ao conteúdo/pontos negativos:

Sugestões ao conteúdo/pontos positivos:

3 – RELEVÂNCIA – refere-se à característica que avalia o grau de significação do material.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Enfatiza o aspecto-chave que deve ser reforçado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. O questionário propõe aos adolescentes um raciocínio lógico-matemático | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Incentiva o pensamento crítico do adolescente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Retrata os aspectos necessários para a análise do letramento em saúde dos adolescentes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Está adequado e pode ser usado por qualquer profissional na avaliação do letramento em saúde | 1 | 2 | 3 | 4 |

Críticas ao conteúdo/pontos negativos:

Sugestões ao conteúdo/pontos positivos:

**APENDICE D- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS
ADOLESCENTES EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DE IST/HIV/AIDS E
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ADOLESCENTES
EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DE IST/HIV/AIDS E CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS**

Idade:

Sexo:

Quantas pessoas moram com você? _____ pessoas

Você sabe qual a renda da sua casa?

() Sim () Não

Se souber a renda de sua casa, assinale a seguir qual a renda aproximada.

() Até meio salário mínimo

() Entre meio e um salário mínimo

() Entre um e dois salários mínimos

() Entre dois e três salários mínimos

() Acima de três salários mínimos

Qual a série que você está cursando? ----- série

Qual o seu tipo de moradia?

Casa () Apartamento () Outros (). Se outros, qual o seu tipo de moradia? -----

Você iniciou a sua vida sexual?

() Sim () Não

Se você iniciou a sua vida sexual, quantos anos você tinha?

_____ anos

Usa preservativo com qual frequência nas relações sexuais

INSTRUÇÕES: LEIA ATENTAMENTE AS QUESTÕES ABAIXO E MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA

1. Qual das formas abaixo NÃO previne a infecção por DST/AIDS?
 - a) Uso do preservativo feminino
 - b) Pílula do dia seguinte
 - c) Não compartilhamento de seringas
 - d) Não ter vários parceiros sexuais

2. Qual das formas abaixo NÃO é uma forma de transmissão das DST/HIV?
 - a) Prática sexual sem preservativo
 - b) Transmissão vertical
 - c) Compartilhamento de seringa
 - d) Utilizar bebedouros públicos

3. Marque a alternativa correta
 - a) A fidelidade é uma forma de reduzir a vulnerabilidade às DST/AIDS
 - b) Sífilis, clamídia, gonorréia, HPV não são doenças sexualmente transmissíveis
 - c) Ter vários parceiros sexuais não contribui para aumentar a chance de se infectar pro alguma DST/HIV
 - d) Uma forma de prevenir as DST/AIDS é tomar anticoncepcional.

4. Qual das formas abaixo NÃO causa a infecção por DST/AIDS?
 - a) Relações sexuais sem preservativo.
 - b) Compartilhamento de seringas.
 - c) Sentar em bancos onde alguém portador de alguma DST/AIDS sentou.
 - d) Compartilhamento de objetos cortantes que possuam resíduos de sangue.

5. Qual das afirmativas abaixo esta ERRADA em relação à temática DST/AIDS.
 - a) Apenas homossexuais podem adquirir DST/AIDS.
 - b) A pílula do dia seguinte não previne as DST/AIDS.
 - c) O uso de bebidas alcoólicas pode facilitar o comportamento de risco em relação à infecção por DST/ HIV.
 - d) Os valores e crenças podem levar a um comportamento de risco para infecção do HIV.

6. Sobre a Sífilis, marque a opção CORRETA.
 - a) Não é transmitida durante a gestação e no parto da mãe para filho.
 - b) Atualmente existe tratamento para sífilis
 - c) Não é considerada uma doença sexualmente transmissível.
 - d) Não é prevenida por meio da camisinha.

7. Em relação à transmissão das DST/AIDS, marque a alternativa CORRETA.

- a) Não é necessário utilizar preservativo durante o sexo oral, pois não há chance de se infectar por DST/AIDS por meio desta atividade sexual.
 - b) O sexo anal não transmite DST/AIDS
 - c) Tomar banho após a relação previne às DST/AIDS.
 - d) O coito interrompido não é uma forma de prevenir às DST/AIDS
8. Qual das formas abaixo é forma de transmissão do vírus do HIV
- a) Através da picada do mosquito ou inseto semelhante.
 - b) Vivendo na mesma casa com uma pessoa com HIV/AIDS
 - c) Utilizando seringas já usadas
 - d) Usando banheiros públicos
9. Sobre o vírus do HIV marque a opção CORRETA
- a) Ter muitos parceiros sexuais não aumenta o risco de pegar o HIV.
 - b) Uma pessoa pode ter o HIV mesmo parecendo não estar com o vírus.
 - c) O leite materno de uma mãe com o vírus do HIV não transmite este vírus para o seu filho.
 - d) O vírus do HIV causa a sífilis.
10. Em relação à DST/AIDS, marque a opção CORRETA
- a) As DST/AIDS somente são transmitidas por meio da relação sexual
 - b) O vírus do HIV somente é transmitido pelo sexo anal
 - c) A traição no relacionamento aumenta o risco de contrair/transmitir uma DST/HIV
 - d) Homens fortes não possuem DST/AIDS
11. NÃO é meio de contrair o HIV:
- a) Compartilhamento de seringas.
 - b) Relação sexual não protegida.
 - c) Mãe com o vírus do HIV que amamente seu filho.
 - d) Beijar alguém que tenha o vírus do HIV.
12. Marque a alternativa correta dentre as alternativas abaixo:
- a) Assim como a pílula contraceptiva, a pílula do dia seguinte previne às DST/AIDS
 - b) O preservativo feminino não previne as DST/AIDS quanto o masculino.
 - c) O coito interrompido (“Gozar fora”) não previne as pessoas de se infectarem por alguma DST/AIDS
 - d) A AIDS não é uma doença sexualmente transmissível
13. Qual das formas abaixo é considerada ações de prevenção das DST/AIDS?
- a) Ser fiel nos relacionamentos amorosos.
 - b) Não entrar na piscina com desconhecidos.
 - c) Não sentar em bancos onde algumas pessoas com o vírus do HIV sentou.
 - d) Não utilizar bebedouros públicos.

14. Em qual das substâncias abaixo NÃO está presente o vírus do HIV?
- Sangue
 - Secreção Vaginal
 - Leite materno
 - Saliva
15. Marque a opção CORRETA
- Pílula anticoncepcional previne doença e gravidez já que é um remédio.
 - A mãe com AIDS pode amamentar sem qualquer risco de o bebê adquirir a doença, já que só se pega Aids através de relações sexuais.
 - Os adolescentes não pegam DST.
 - Com relação à transmissão via contato sexual, a melhor maneira de se prevenir é a utilização correta de preservativos durante as relações sexuais.
16. Marque a opção INCORRETA
- Manter um relacionamento fiel diminui um risco de infecção às DST/HIV.
 - A mulher tem mais chance de se infectar pelo vírus do HIV.
 - Quando a relação sexual ocorre com uma pessoa considerada “virgem”, continua sendo necessário utilizar preservativo.
 - Tomar banho após a relação sexual diminui as chances de infecção pelo DST/HIV.
17. Sobre a infecção pelo HIV, marque a opção CORRETA
- Uma das formas de infecção pelo HIV é da mãe para o filho durante a gravidez/parto/amamentação.
 - Não se adquire DST por meio do sexo oral e anal.
 - A mulher tem mais chances de se infectar pelo HIV por ser mais fraca que o homem.
 - O vírus do HIV é transmitido apenas pelo indivíduo do sexo masculino
18. Marque a opção CERTA no que se refere às DST/AIDS
- Ter relação sexual em pé não previne as DST/AIDS
 - A camisinha feminina não previne às DST/AIDS.
 - Mulheres não contraem DST/AIDS.
 - O sexo oral não transmite as DST/AIDS.
19. Qual das formas abaixo previne a infecção por DST/AIDS.
- Utilizando a pílula do dia seguinte.
 - Utilizando a camisinha feminina.
 - Realizando o coito interrompido.
 - Ter relação sexual com conhecidos.
20. Qual das formas abaixo previne às DST/AIDS
- Método da Tabela
 - Tomar o anticoncepcional corretamente
 - Utilizar preservativo nas relações sexuais
 - Realizar apenas o sexo oral

APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELOS ADOLESCENTES (ESTUDO PILOTO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELOS ADOLESCENTES (ESTUDO PILOTO)

Seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **Prevenção de DST/Aids e o letramento em saúde na adolescência** que tem como objetivo validar o questionário S-TOFLHA para adolescentes de escola pública em Fortaleza-CE. Este estudo faz parte do Projeto de Tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Ressalta-se que letramento em saúde é a capacidade de compreensão de informações envolvendo o ambiente de saúde englobando a leitura, escrita e o raciocínio lógico. A participação dele é importante e ele não deve participar caso não tenha vontade e sem a sua autorização, se menor de 18 anos. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

Para a coleta de dados, em primeiro lugar, informo que os encontros serão realizados no ambiente escolar do seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal, porém estes serão previamente agendados com a escola e com seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal, após a sua autorização e o consentimento dele. Além disso, seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal responderá a um questionário de vinte perguntas de múltipla escolha sobre a temática DST/Aids, além de um questionário de 36 itens que avalia o grau de letramento em saúde do adolescente. O tempo para responder cada questionário é de aproximadamente 20 minutos. Este estudo apresenta risco mínimo, pois seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal irá responder apenas a dois questionários, ou seja, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. O benefício da pesquisa refere-se que o letramento em saúde é algo novo na área da saúde no cenário nacional, assim é uma variável que pode fortalecer o processo ensino-aprendizado na educação em saúde favorecendo a promoção da saúde. Por meio da presente pesquisa medidas interventivas deverão considerar o letramento em saúde dos adolescentes para que se consiga ter estratégias educativa que propicie a melhora do conhecimento dos adolescentes na prevenção de DST/Aids.

Tendo em vista a importância da participação do seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal nessa pesquisa, convido-o a autorizar a participação do mesmo neste estudo, sendo necessário esclarecer que: a participação do seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal deverá ser de livre e de espontânea vontade dele e sua; ao participar da pesquisa a identidade sua e de seu filho será mantida em sigilo

Informo, ainda, que:

- ❖ Seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal tem direito de não participar dessa pesquisa, se assim desejar.
- ❖ Certifico que os participantes do estudo não terão nenhuma despesa de qualquer natureza.
- ❖ Garanto-lhe o anonimato e sigredo quanto ao nome dele, e quanto às informações dadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você ou filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família.
- ❖ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, ele resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- ❖ Ele não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa.

- ❖ Somente após devidamente esclarecida e ter entendido o que foi explicado acima, você como responsável legal deverá assinar este documento em duas vias, ficando uma com você e a outra com o pesquisador.

| |
|--|
| <p>Endereço do responsável pela pesquisa:</p> <p>Nome: Ligia Fernandes Scopacasa</p> <p>Instituição: Universidade Federal do Ceará</p> <p>Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo.</p> <p>Telefones para contatos: 3366.8461</p> |
| <p>ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ (Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.</p> |

Em face desses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito e declaração do responsável pelo participante

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Fortaleza-CE , _____ de _____ de 2016.

| | |
|--|---|
| <p>_____ (Assinatura do adolescente)</p> | <p>_____ Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo</p> |
| <p>_____ (Assinatura do responsável)</p> | <p>_____ Nome do profissional que aplicou o TCLE</p> |
| <p>Endereço do(a) participante-voluntário(a) Domicílio: (rua, praça, conjunto): Bloco: /Nº: /Complemento: Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:</p> | <div style="border: 2px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> |

APÊNDICE F - TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE- (ESTUDO PILOTO)

TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE- (ESTUDO PILOTO)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **Prevenção de DST/Aids e o letramento em saúde na adolescência** que tem como objetivo validar o questionário S-TOFLHA para adolescentes de escola pública em Fortaleza-CE. Em primeiro lugar, informo que os encontros serão realizados no ambiente escolar do participante, porém estes serão previamente agendados com a escola e o adolescente após a autorização dos seus pais e/ou responsável e o seu consentimento. Ressalta-se que letramento em saúde é a capacidade de compreensão de informações envolvendo o ambiente de saúde englobando a leitura, escrita e o raciocínio lógico. Além disso, os adolescentes responderão dois questionários, sendo que um questionário tem vinte perguntas de múltipla escolha sobre a temática DST/Aids, e o outro contém 36 itens que avaliam o grau de letramento em saúde do adolescente. O tempo para responder cada questionário é de aproximadamente 20 minutos. Este estudo apresenta risco mínimo, pois o adolescente irá responder apenas a dois questionários, ou seja, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. O benefício da pesquisa refere-se ao fato de que o letramento em saúde é algo novo na área da saúde no cenário nacional, assim é uma variável que pode fortalecer o processo ensino-aprendizado na educação em saúde favorecendo a promoção da saúde. Por meio da presente pesquisa medidas interventivas deverão considerar o letramento em saúde dos adolescentes para que se consigam ter estratégias educativas que propiciem a melhoria do conhecimento dos adolescentes na prevenção de DST/Aids.

Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento com a sua participação. Você será esclarecido(a) sobre o que deseja saber da pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se. O seu responsável poderá retirar a autorização ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e caso você se recuse em participar não haverá qualquer mudança na forma em que é atendido(a) pela pesquisadora que guardará a sua identidade. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa terminar e ficarão arquivados com a pesquisadora responsável. Este termo de assentimento está em duas cópias, deverá ser assinado pela pesquisadora responsável e por você, sendo que uma cópia ficará com a pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato:

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Ligia Fernandes Scopacasa

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo.

Telefones para contatos: 3366.8461

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O

| | |
|--|--------------------------------|
| <p>CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos</p> | <p>Eu, _____ _____</p> |
|--|--------------------------------|

_____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e o meu responsável poderá mudar a decisão da minha participação se quiser. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELOS ADOLESCENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELOS ADOLESCENTES

Seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal está sendo convidado por Ligia Fernandes Scopacasa a participar de uma pesquisa intitulada: **Prevenção de DST/Aids e o letramento em saúde na adolescência** que tem como objetivo Identificar o conhecimento de adolescentes na prevenção de DST/Aids; Analisar o grau de letramento de adolescente escolares de acordo com Short Teste of functional Health Literacy in Adults (S-TOFLHA); Comparar o conhecimento de adolescentes na prevenção de DST/Aids com o grau de letramento em saúde.

Este estudo faz parte do Projeto de Tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Ressalta-se que letramento em saúde é a capacidade de compreensão de informações envolvendo o ambiente de saúde englobando a leitura, escrita e o raciocínio lógico. A participação dele é importante e ele não deve participar caso não tenha vontade e sem a sua autorização, se menor de 18 anos. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

Para a coleta de dados, em primeiro lugar, informo que os encontros serão realizados no ambiente escolar do seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal, porém estes serão previamente agendados com a escola e com seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal, após a sua autorização e o consentimento dele. Além disso, seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal responderá a um questionário de vinte perguntas de múltipla escolha sobre a temática DST/Aids, além de um questionário de 36 itens que avalia o grau de letramento em saúde do adolescente. O tempo para responder cada questionário é de aproximadamente 20 minutos. Este estudo apresenta risco mínimo, pois seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal irá responder apenas a dois questionários, ou seja, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. O benefício da pesquisa refere-se que o letramento em saúde é algo novo na área da saúde no cenário nacional, assim é uma variável que pode fortalecer o processo ensino-aprendizado na educação em saúde favorecendo a promoção da saúde. Por meio da presente pesquisa medidas interventivas deverão considerar o letramento em saúde dos adolescentes para que se consiga ter estratégias educativa que propicie a melhora do conhecimento dos adolescentes na prevenção de DST/Aids.

Tendo em vista a importância da participação do seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal nessa pesquisa, convido-o a autorizar a participação do mesmo neste estudo, sendo necessário esclarecer que: a participação do seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal deverá ser de livre e de espontânea vontade dele e sua; ao participar da pesquisa a identidade sua e de seu filho será mantida em sigilo

Informo, ainda, que:

- ❖ Seu filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal tem direito de não participar dessa pesquisa, se assim desejar.
- ❖ Certifico que os participantes do estudo não terão nenhuma despesa de qualquer natureza.
- ❖ Garanto-lhe o anonimato e sigredo quanto ao nome dele, e quanto às informações dadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você ou filho(a) e/ou adolescente pelo qual é responsável legal ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família.

- ❖ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, ele resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- ❖ Ele não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa.
- ❖ Somente após devidamente esclarecida e ter entendido o que foi explicado acima, você como responsável legal deverá assinar este documento em duas vias, ficando uma com você e a outra com o pesquisador.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Ligia Fernandes Scopacasa

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo.

Telefones para contatos: 3366.8461

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ (Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Em face desses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito e declaração do responsável pelo participante

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Fortaleza-CE , _____ de _____ de 2016.

| | |
|---|---|
| | |
| (Assinatura do adolescente) | Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo |
| (Assinatura do responsável) | Nome do profissional que aplicou o TCLE |
| <p>Endereço do(a) participante-voluntário(a) Domicílio: (rua, praça, conjunto): Bloco: /Nº: /Complemento: Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:</p> | <div style="border: 2px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> |

APENDICE H - TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE DA SEGUNDA ETAPA

TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE DA SEGUNDA ETAPA

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **Prevenção de DST/Aids e o letramento em saúde na adolescência** que tem como objetivo Identificar o conhecimento de adolescentes na prevenção de DST/Aids; Analisar o grau de letramento de adolescente escolares de acordo com Short Teste of functional Health Literacy in Adults (S-TOFLHA); Comparar o conhecimento de adolescentes na prevenção de DST/Aids com o grau de letramento em saúde. Ressalta-se que letramento em saúde é a capacidade de compreensão de informações envolvendo o ambiente de saúde englobando a leitura, escrita e o raciocínio lógico.

Para a coleta de dados, em primeiro lugar, informo que os encontros serão realizados no ambiente escolar do participante, porém estes serão previamente agendados com a escola e o adolescente após a autorização dos seus pais e/ou responsável e o seu consentimento. Além disso, os adolescentes responderão dois questionários, sendo que um questionário tem vinte perguntas de múltipla escolha sobre a temática DST/Aids, e o outro contém 36 itens que avaliam o grau de letramento em saúde do adolescente. O tempo para responder cada questionário é de aproximadamente 20 minutos. Este estudo apresenta risco mínimo, pois o adolescente irá responder apenas a dois questionários, ou seja, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. O benefício da pesquisa refere-se que o letramento em saúde é algo novo na área da saúde no cenário nacional, assim é uma variável que pode fortalecer o processo ensino-aprendizado na educação em saúde favorecendo a promoção da saúde. Por meio da presente pesquisa medidas interventivas deverão considerar o letramento em saúde dos adolescentes para que se consiga ter estratégias educativas que propicie a melhora do conhecimento dos adolescentes na prevenção de DST/Aids.

Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento com a sua participação. Você será esclarecido(a) sobre o que deseja saber da pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se. O seu responsável poderá retirar a autorização ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e caso você se recuse em participar não haverá qualquer mudança na forma em que é atendido(a) pela pesquisadora que guardará a sua identidade. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa terminar e ficarão arquivados com a pesquisadora responsável. Este termo de assentimento está em duas cópias, deverá ser assinado pela pesquisadora responsável e por você, sendo que uma cópia ficará com a pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato:

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Ligia Fernandes Scopacasa

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo.

Telefones para contatos: 3366.8461

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e o meu responsável poderá mudar a decisão da minha participação se quiser. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA FAZER USO DO TOFLHA

PEPPERCORN BOOKS & PRESS INC

TOFHLA
TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN
ADULTS

LICENSE TO REPRODUCE THE TOFHLA
FOR USE IN TESTING OR RESEARCH

Permission is granted to:

Ligia Fernandes Scopacasa

To reproduce the TOFHLA for use in personal testing or research program, using the photocopy masters of the TOFHLA supplied with this order.

Reproduction for other purposes such as teaching, grant or funding applications, or general lending is not permitted and is covered by separate agreements. For information about these uses please contact the publisher.

License Number: 118/15
Issued: October 29, 2015

For further information, contact:

Peppercorn Books & Press Inc
68158 Red Arrow
Hartford, MI 49057

Phone: (269) 621-2733
Fax: (269) 621-2709

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO PARA FAZER USO DO S-TOFLHA NA VERSÃO NA LÍNGUA PORTUGUESA

Versão brasileira do S-TOFHLA. teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde ↑ ↓ ×

Agradeço seu contato e interesse pelo nosso trabalho e peço-lhe desculpas por não ter respondido antes.

Envio em anexo nossa versão do S-TOFHLA, esperamos que seja útil em sua pesquisa. Peço-lhe que nos envie um resumo com os objetivos de sua pesquisa, pesquisadores e instituições envolvidas apenas para termos um registro dos pesquisadores que usam o instrumento.

Vale lembrar que o instrumento avalia letramento funcional na área da saúde.

Para os itens numéricos fizemos 2 cartões (de consulta e de resultado do teste de glicemia) que lhe mando em pdf. Também fizemos dois rótulos com instruções de uso dos medicamentos que foram colados a dois frascos de medicamentos comumente usados em farmácias de manipulação. O conteúdo dos rótulos está no arquivo em word que estou lhe enviando. É conveniente que você mude a data de fabricação/validade dos 'medicamentos'.

O TOFHLA está em fase final de validação no nosso grupo de pesquisa (Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento – HCFMUSP) e pode ser disponibilizado para outros colegas **para uso exclusivo em pesquisa**.

© 2016 Microsoft [Termos](#) [Privacidade e cookies](#) [Desenvolvedores](#) Português (Brasil)

ANEXO C – INSTRUMENTO S-TOFLHA FONTE 14 ANTES DA VALIDAÇÃO

S-TOFHLA (Compreensão da Leitura)

Passagem A

Seu médico encaminhou você para tirar um Raio X de _____.

- a) estômago
- b) diabetes
- c) pontos
- d) germes.

Quando vier para o _____ você deve estar com o estômago_____.

- | | |
|-----------|------------|
| a) livro | a) asma |
| b) fiel | b) vazio |
| c) raio X | c) incesto |
| d) dormir | d) anemia |

O exame de Raio X vai _____ de 1 a 3 _____.

- | | |
|----------|------------|
| a) durar | a) camas |
| b) ver | b) cabeças |
| c) falar | c) horas |
| d) olhar | d) dietas |

A VÉSPERA DO DIA DO RAIOS X:

No jantar, coma somente um pedaço _____ de fruta,

- a) pequeno
- b) caldo
- c) ataque
- d) náusea

torradas e geléia, com _____ ou chá.

- a) lentes
- b) café
- c) cantar

d) pensamento

Após _____, você não deve _____ nem
beber _____

a) o minuto

b) a meia-noite

c) durante

d) antes

a) conhecer

b) vir

c) pedir

d) comer

a) tudo

b) nada

c) cada

d) algum

até _____ o Raio X.

a) ter

b) ser

c) fazer

d) estar

NO DIA DO RAIOS X:

Não tome _____.

a) consulta

b) caminho

c) café da manhã

d) clínica

Não _____, nem mesmo _____.

a) dirija

b) beba

c) vista

d) dose

a) coração

b) respiração

c) água

d) câncer

Se você tiver alguma _____, ligue para _____ de Raio X
no n. 222- 2821.

a) resposta

b) tarefa

a) o Departamento

b) Disque

- c) região
- d) pergunta

- c) a Farmácia
- d) o Dental

Passagem B

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber

- a) cabelo
- b) salgar
- c) poder
- d) doer

atendimento adequado neste hospital.

Eu _____ que as informações que eu _____ ao médico

- a) compreendo
- b) sondo
- c) envio
- d) ganho

- a) provar
- b) arriscar
- c) cumprir
- d) transmitir

serão muito _____ para permitir o correto _____.

- a) proteínas
- b) importantes
- c) superficiais
- d) numéricas

- a) agudo
- b) hospital
- c) mioma
- d) diagnóstico

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____ nas

- a) investigo
- b) entretenho
- c) entendo
- d) estabeleço

- a) alteração
- b) hormônio
- c) antiácido
- d) custo

minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento

- a) três
- b) um
- c) cinco
- d) dez

em que me tornar _____ da alteração.

- a) honrado
- b) ciente
- c) longe
- d) devedor

Eu entendo _____ se EU NÃO me _____ ao tratamento,

- | | |
|-----------|--------------|
| a) assim | a) alimentar |
| b) isto | b) ocupar |
| c) que | c) dispensar |
| d) do que | d) adaptar |

tenho _____ de _____ uma nova consulta _____ para o hospital.

- | | | |
|-------------|--------------|----------------|
| a) brilho | a) solicitar | a) contando |
| b) esquerdo | b) reciclar | b) lendo |
| c) errado | c) falhar | c) telefonando |
| d) direito | d) reparar | d) observando |

Se você _____ de ajuda para entender estas _____,

- | | |
|-------------|------------------|
| a) lavar | a) instruções |
| b) precisar | b) taxas |
| c) cobrir | c) hipoglicemias |
| d) medir | d) datas |

você deverá _____ uma enfermeira ou funcionária do _____ Social

- a) relaxar
- b) quebrar
- c) aspirar
- d) procurar

- a) Tumor
- b) Abdômem
- c) Serviço
- d) Adulto

para _____ todas as suas _____ .

- a) encobrir
- b) esclarecer
- c) desconhecer
- d) esperar

- a) pélvis
- b) dúvidas
- c) tomografias
- d) consoantes

ANEXO D- CARTÃO 1 E 2 DE AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAUDE

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7:00 hs da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima?

Informações no rótulo:

Data Fabric.:10/07/15 Data Valid:10/07/18

Pac.: JOÃO CARLOS SILVA

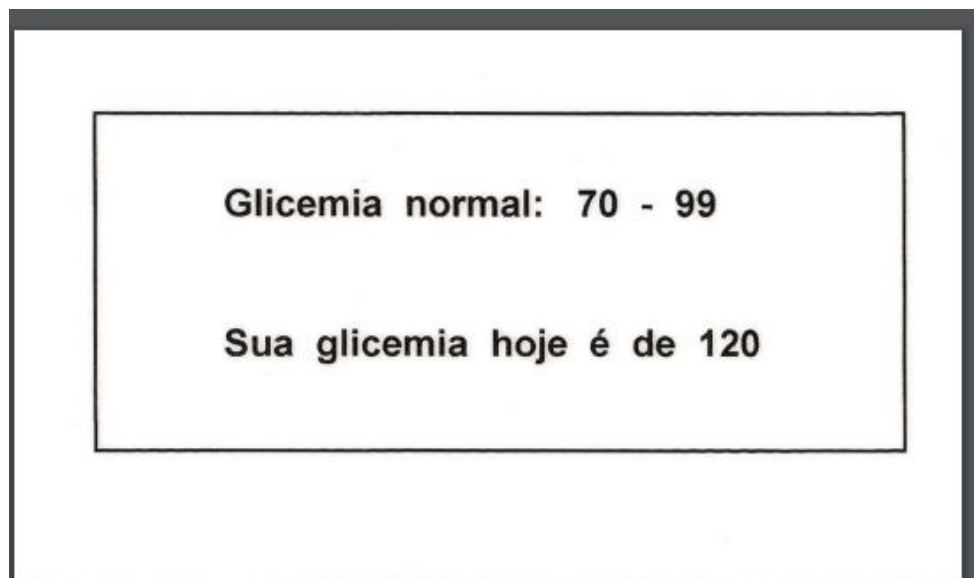
Dr. André Marques

Uso oral:

AMPICILINA 250mg 40 cáps.

Posologia: Tomar uma cápsula a cada 6 horas.

Cartão 2: Se essa fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal?



ANEXO E- CARTÃO 3 E 4 DE AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAUDE

Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta?

| CARTÃO DE CONSULTA | | |
|---|------------------|--------------------|
| CLÍNICA: Endocrinologia / Diabetes | | LOCAL: 3.º andar |
| Dia: Quinta-feira | Data: 2 de abril | HORÁRIO: 10:20 hs. |
| Marcado por: | | |
| NO DIA DA CONSULTA, TRAGA SUA CARTEIRINHA | | |

Cartão 4: Se você fosse almoçar às 12 horas, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la?

Informações no rótulo:

Data Fabric.:08/07/16 Valid: 2 ANOS

Pac.: JOÃO CARLOS SILVA

Dr. André Marques

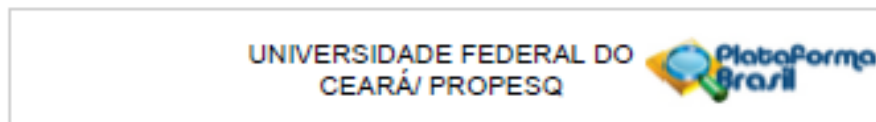
Uso oral:

DOXICICLINA 100mg 20 cáps.

Posologia: Tomar a medicação com o estômago vazio, uma hora antes ou 2 a 3 horas depois da refeição, a menos que tenha recebido outra orientação do seu médico.

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

AUTORIZAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO DE DST/AIDS E O LETRAMENTO EM SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Pesquisador: Ligia Fernandes Scopacasa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56889816.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.709.451

Apresentação do Projeto:

Projeto de Tese a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, a ser desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa caracteriza-se como estudo metodológico com o objetivo de para revalidar o conteúdo do questionário S-TOFHLA, o qual será usado para avaliar o letramento de adolescentes nas etapas subsequentes. Esta etapa incluirá um total de 22 juízes os quais avaliarão por meio de escala de Likert os objetivos, a estrutura, a apresentação e a relevância do questionário. Para análise dos dados será calculado o índice de concordância entre os juízes tomando como ponto de corte o valor de 0,8. Em seguida, será realizado um estudo piloto para verificar adequabilidade do instrumento aos adolescentes com uma amostra de 31 sujeitos na faixa etária de 14 a 17 anos de idade de escolas públicas em Fortaleza-Ceará, excluindo-se aqueles portadores de déficit mental e/ou cognitivo. Estes adolescentes serão escolhidos por amostragem aleatória simples entre as 128 escolas estaduais de nível médio da cidade de Fortaleza. A segunda etapa caracteriza-se como pesquisa correlacional que visa estabelecer a relação entre o grau de letramento e o conhecimento sobre DST/AIDS, a qual será desenvolvido junto 383 adolescentes amostrados de forma aleatória estratificada proporcional que estejam na faixa etária de 14 a 17 anos de idade e que estejam regularmente matriculados nas escolas estaduais de nível médio. A análise dos dados incluirá medidas descritivas (tendência central e dispersão) e inferenciais.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: compe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.708.461

Objetivo da Pesquisa:

Validar o questionário S-TOFLHA para adolescentes de escola pública em Fortaleza-CE;
Identificar o conhecimento de adolescentes na prevenção de DST/AIDS;
Analisar o grau de letramento de adolescente escolares de acordo com Short Teste of functional Health Literacy in Adults (S-TOFLHA);
Comparar o conhecimento de adolescentes na prevenção de DST/AIDS com o grau de letramento em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: risco mínimo representado pelo desconforto pelo tempo exigido ou constrangimento pelo teor dos questionamentos.

Benefícios: O pesquisador afirma que os resultados da pesquisa contribuirão para fortalecer o processo ensino-aprendizado na educação em saúde favorecendo a promoção da saúde sobre DST/AIDS

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada. Procedimentos administrativos e éticos descritos e congruentes com as recomendações da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações específicas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências éticas ou documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---------------------------------|--|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_667620.pdf | 19/07/2016 09:29:23 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / | Termodeassentimento2.doc | 19/07/2016 09:28:45 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-6344 E-mail: compe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.709.401

| | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------|---------------------------|--------|
| Justificativa de Ausência | Termodeassentimento2.doc | 19/07/2016 09:28:45 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termodeassentimento.doc | 19/07/2016 09:28:31 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEsegundaetapa.doc | 19/07/2016 09:28:02 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEjulzes.doc | 19/07/2016 09:27:48 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEestudopioto.doc | 19/07/2016 09:27:34 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Outros | declaracaodeconcordancia.docx | 10/06/2016 07:37:09 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projelotese final.doc | 10/06/2016 07:34:23 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Outros | anuenciaajustada.pdf | 03/06/2016 09:45:15 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Outros | curriculo.pdf | 03/06/2016 08:46:26 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Outros | encaminhamento.docx | 03/06/2016 08:43:32 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 03/06/2016 08:39:50 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.docx | 03/06/2016 08:39:32 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Outros | cartaostofha.docx | 27/05/2016 12:48:53 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Outros | stofha.docx | 27/05/2016 12:48:36 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Outros | instrumentocoletasegundaetapa.docx | 27/05/2016 12:48:05 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Outros | instrumento.docx | 27/05/2016 12:45:07 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 27/05/2016 12:36:29 | Ligia Fernandes Scopacasa | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (051)3366-4344 E-mail: conep@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.729.491

Não

FORTALEZA, 02 de Setembro de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-4344

CEP: 60.430-275

E-mail: compe@ufc.br

**ANEXO G- S-TOFLHA APÓS A VALIDAÇÃO PARA OS ADOLESCENTES
S-TOFHLLA (Compreensão da Leitura)**

Passagem A

Seu médico encaminhou você para tirar um Raio X de _____.

- a) estômago
- b) diabetes
- c) pontos

d) germes.

Quando vier para o _____ você deve estar com o estômago _____.

- a) livro
- b) fiel
- c) raio X
- d) dormir

- a) asma
- b) vazio
- c) gripe
- d) anemia

O exame de Raio X vai _____ de 1 a 3 _____.

- | | |
|----------|------------|
| a) durar | a) camas |
| b) ver | b) cabeças |
| c) falar | c) horas |
| d) olhar | d) dietas |

A VÉSPERA DO DIA DO RAIOS X:

No jantar, coma somente um pedaço _____ de fruta,

- a) pequeno
- b) caldo
- c) ataque
- d) náusea

torradas e geléia, com _____ ou chá.

- a) lentes
- b) café

- c) cantar
- d) pensamento

Após _____, você não deve _____ nem beber_____

- | | | |
|-----------------|-------------|----------|
| a) o minuto | a) conhecer | a) tudo |
| b) a meia-noite | b) vir | b) nada |
| c) durante | c) pedir | c) cada |
| d) antes | d) comer | d) algum |

até _____ o Raio X.

- a) ter
- b) ser
- c) fazer
- d) estar

NO DIA DO RAIOS X:

Não tome _____.

- a) consulta
- b) caminho
- c) café da manhã
- d) clínica

Não _____, nem mesmo _____.

- | | |
|-----------|---------------|
| a) dirija | a) coração |
| b) beba | b) respiração |
| c) vista | c) água |
| d) dose | d) câncer |

Se você tiver alguma _____, ligue para _____ de Raio X no n. 222- 2821.

- | | |
|-------------|-------------------|
| a) resposta | a) o Departamento |
|-------------|-------------------|

- b) tarefa
- c) região
- d) pergunta

- b) Disque
- c) a Farmácia
- d) o Dental

Passagem B

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber

- a) cabelo
- b) salgar
- c) poder
- d) doer

atendimento adequado neste hospital.

Eu _____ que as informações que eu _____ ao médico

- a) compreendo
- b) sondo
- c) envio
- d) ganho

- a) provar
- b) arriscar
- c) cumprir
- d) transmitir

serão muito _____ para permitir o correto _____.

- a) proteínas
- b) importantes
- c) superficiais
- d) numéricas

- a) agudo
- b) hospital
- c) mioma
- d) diagnóstico

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____ nas

- a) investigo
- b) entretenho
- c) entendo
- d) estabeleço

- a) alteração
- b) hormônio
- c) antiácido
- d) custo

minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento

- a) três
- b) um
- c) cinco
- d) dez

em que me tornar _____ da alteração.

- a) honrado
- b) ciente
- c) longe
- d) devedor

Eu entendo _____ se EU NÃO me _____ ao tratamento,

- | | |
|-----------|--------------|
| a) assim | a) alimentar |
| b) isto | b) ocupar |
| c) que | c) dispensar |
| d) do que | d) adaptar |

tenho _____ de _____ uma nova consulta _____ para o hospital.

- | | | |
|-------------|--------------|----------------|
| a) brilho | a) solicitar | a) contando |
| b) esquerdo | b) reciclar | b) lendo |
| c) errado | c) falhar | c) telefonando |
| d) direito | d) reparar | d) observando |

Se você _____ de ajuda para entender estas _____,

- | | |
|-------------|------------------|
| a) lavar | a) instruções |
| b) precisar | b) taxas |
| c) cobrir | c) hipoglicemias |
| d) medir | d) datas |

você deverá _____ uma enfermeira ou funcionária do _____
Social

- a) relaxar
- b) quebrar
- c) aspirar
- d) procurar

- a) Tumor
- b) Abdômem
- c) Serviço
- d) Adulto

para _____ todas as suas _____ .

- a) encobrir
- b) esclarecer
- c) desconhecer
- d) esperar

- a) pélvis
- b) dúvidas
- c) tomografias
- d) consoantes