



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

ANA PRISCILA MARQUES LIMA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO SOBRE INFECÇÃO
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL PARA SURDOS**

REDENÇÃO

2020

ANA PRISCILA MARQUES LIMA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO SOBRE INFECÇÃO
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL PARA SURDOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área: Saúde e Enfermagem no Cenário dos países Lusófonos.

Linha de pesquisa: Tecnologias no cuidado em saúde no Cenário dos países Lusófonos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi.

REDENÇÃO

2020

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

LIMA, Ana Priscila Marques.

L732c

Construção e validação de vídeo educativo sobre infecção sexualmente transmissível para surdos / Ana Priscila Marques Lima.

- Redenção, 2020.
126f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2020.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Recursos Audiovisuais. 3. Enfermagem - Estudo e ensino. 4. Pessoas com deficiência auditiva. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 616.978

ANA PRISCILA MARQUES LIMA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO SOBRE INFECÇÃO
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL PARA SURDOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área: Saúde e Enfermagem no Cenário dos países Lusófonos.

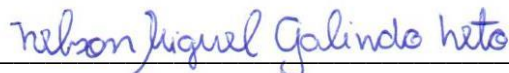
Linha de pesquisa: Tecnologias no cuidado em saúde no Cenário dos países Lusófonos.

Aprovado em: 23/06/2020.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi (Orientadora)
Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)



Dr. Nelson Miguel Galindo Neto (1º Membro)
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)



Dra. Leilane Barbosa de Sousa (2º Membro)
Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

A Deus e Nossa Senhora.

Aos meus pais, Leonice e Neto, razões
do meu viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos em minha vida, por seu amor incondicional e cuidadoso para comigo, que nunca me deixou faltar fé e esperança nessa caminhada.

Aos meus pais, Leonice e Neto, por terem me dado a vida e por sempre me incentivarem e acreditarem em mim.

Aos meus irmãos, Nicolas e Jadilson, pela presença amorosa.

Ao meu namorado, Emílio, pelo companheirismo, pelo carinho, atenção e paciência, e por cada palavra de amor e incentivo.

À minha família, pela contribuição por mais esta conquista.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi, pelos ensinamentos que me proporcionou nesta caminhada, pela amizade e pelo apoio por acreditar em mim mais do que eu mesma.

À Prof.^a Dr.^a Natasha Marques Frota, minha eterna orientadora, por me ensinar, incentivar e, principalmente, por ser exemplo de profissional e de pessoa.

Aos membros da banca, quais sejam, Prof. Dr. Nelson Miguel Galindo Neto, Prof.^a Dr.^a Natasha Marques Frota, Prof.^a Dr.^a Leilane Barbosa de Sousa, por terem aceitado o convite e disponibilizado seu tempo para contribuir com o aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos meus amigos do curso do mestrado, em especial, Adriana Simplício e Gutemberg Chaves, pelo apoio na superação das dificuldades, por serem meus confidentes nos momentos difíceis da formação profissional.

Aos docentes e funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem da Unilab, por todo o suporte nessa caminhada.

Aos profissionais e aos alunos do Instituto Cearense de Educação para Surdos, pela contribuição designada a fazer possível a operacionalização da pesquisa.

Aos profissionais que participaram como especialistas da validação do conteúdo e da aparência do vídeo, evidenciando a expertise e competência decisivas para a qualidade da pesquisa.

Ao designer Luiz, do empreendimento Luiz Animações, pela excelência e pelo profissionalismo na construção do vídeo. Pelo atendimento de cada detalhe solicitado. Pelo trabalho, que é simplesmente de excelente qualidade.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram significativamente para a concretização deste estudo.

RESUMO

Este estudo visa construir e validar vídeo educativo sobre INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (IST) para surdos, sob o método misto do tipo sequencial exploratório. Na primeira fase, realizou-se diagnóstico situacional do conhecimento dos surdos sobre IST. A população de uma instituição de educação exclusiva para surdos dispôs-se para amostragem probabilística. A matrícula regular e a idade mínima de 18 anos definiram os critérios de inclusão; a condição de cegueira dos surdos, critério de exclusão. A coleta de dados valeu-se da técnica de grupo focal; o processamento dos dados, do Software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). A análise interpretativa deu-se pela análise de conteúdo de Bardin. Exsurgiram cinco categorias: meios de acesso às informações sobre IST; tabu e estigma relacionado ao diagnóstico do HIV; práticas adotadas para prevenção e tratamento de IST; conhecimento do surdo quanto à utilização do preservativo; o saber do surdo acerca das ISTs. A segunda fase dedicou-se à construção e à validação de vídeo educativo intitulado “HIV: o que você precisa saber”, através da técnica de animação 2D, seguindo-se de sete fases: a) pré-produção (sinopse e argumento); b) roteiro; c) *storyboard*; d) validação do conteúdo do *storyboard*; e) produção do vídeo; f) pós-produção e g) validação de aparência. A população de 23 juízes, pela fórmula da população finita $n = \frac{Za^2 \cdot P(1-P)}{e^2}$, foram selecionados por amostragem não probabilística, do tipo rede de cadeia. A validação do conteúdo do *storyboard* foi baseada em julgamento por juízes na área da saúde. A validação de aparência foi baseada em julgamento de intérpretes de libras e/ou educadores com experiência sobre surdos. A análise estatística inferencial utilizou o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC foi calculado por duas equações matemáticas: I-CVI e o S-CVI/AVE. Considerou-se uma média de concordância de pelo menos 0,80 entre os juízes. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil e aprovada sob o parecer nº 3.722.262. O conteúdo abordado referente ao tema HIV compreendeu elementos como diagnóstico, formas de transmissão, prevenção, tratamento, curiosidades, mitos e diferença entre HIV e aids. O processo de validação confere confiabilidade ao conteúdo abordado no *Storyboard* do vídeo educativo, cujo uso respalda-se em práticas educativas para surdos. O S-CVI/AVE apresentou o resultado de 0,94 (94%). Todos os itens foram avaliados com uma concordância do I-CVI superior a 0,80 (80%).

Descritores: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Recursos Audiovisuais. Educação em Saúde. Pessoas com deficiência auditiva.

ABSTRAT

This study aimed to build and validate an educational video about an STI for the deaf. This is a methodological study, with a mixed method of exploratory sequential type. The exploratory sequential method has two phases of data collection and analysis. In the first phase, a situational diagnosis of the deaf's knowledge about STIs was carried out. The population was composed of deaf people from an exclusive education institution for the deaf, and selected by probabilistic sampling. The inclusion criteria were: to be enrolled regularly and to be at least 18 years old. Exclusion criteria were: deaf people with associated blindness. For data collection, the focus group technique was used. For data processing, the R Interface Software for Multidimensional Analyzes by Textes et by Questionnaires (IRAMUTEQ) was used. The interpretive analysis was done through Bardin's content analysis. After analysis, five categories emerged: means of accessing information about STIs; taboo and stigma related to HIV diagnosis; practices adopted for STI prevention and treatment; knowledge of the deaf regarding the use of condoms; the deaf's knowledge about STIs. In which HIV was identified as the STI most cited among deaf people. The second phase was the construction and validation of the educational video on HIV. The construction of the educational video followed seven phases: pre-production: synopsis and script; script; storyboard; validation of the content of the storyboard; video production; post-production, and appearance validation. The population was composed of 23 judges, according to the finite population formula $n = \frac{Za^2 \cdot P(1-P)}{e^2}$ and selected through a non-probabilistic sampling, of the chain type network. The validation of the content of the storyboard was based on judgment by judges in the health area, and the validation of appearance was based on the judgment of interpreters of pounds and / or educators with experience with deaf people. For the production of the educational video, the 2D animation technique was adopted. For inferential statistical analysis, the Content Validity Index (CVI) was used. The CVI was calculated using two mathematical equations: I-CVI and S-CVI / AVE. An average agreement of at least 0.80 was considered among the judges. This research was submitted to the Ethics and Research Committee (CEP), through Plataforma Brazil and approved with opinion No. 3,722,262. The content addressed on the theme of HIV was diagnosis, forms of transmission, prevention, treatment, as well as curiosities, myths and the difference between HIV and AIDS. The validation process confers reliability to the content covered in the educational video Storyboard, thus, its use is supported for educational practices. The S-CVI / AVE showed a result of 0.94 (94%). All items were assessed with an I-CVI agreement greater than 0.80 (80%). The final version of the video, entitled "HIV: What you need to know", was 10 minutes and 26 seconds long. To construct the images, the characters were initially drawn using the Adobe Animate CC program, the style of the animation used was Cut Out. The validation process gives reliability to the appearance of the educational video, so the video is supported for use between the deaf population. The S-CVI / AVE showed a result of 0.92 (92%). All items were evaluated and obtained with an I-CVI agreement greater than 0.80 (80%). It is believed that the video will contribute to a new way of working on sexual health education for the deaf, since it uses technological resources and methodology that triggers a teaching process mediated by the interest of learning.

Descriptors: Sexually Transmitted Diseases. Audiovisual Resources. Health Education. People with hearing impairment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Etapas do estudo.	35
Figura 2 - Avaliação do conhecimento do surdo acerca das IST..	36
Figura 3 - Nuvem de palavras gerada pelo software IRAMUTEQ	443
Figura 4 - Dendograma das classes gerado pelo software IRAMUTEQ.....	454
Figura 5 - Dendograma das classes gerado pelo software IRAMUTEQ.....	465
Figura 6 - Síntese - Categorias relacionadas ao conhecimento do surdo acerca das IST..	476
Figura 7 - Construção e validação do conteúdo do vídeo educativo..	587
Figura 8 - Trechos do <i>storyboard</i>	60
Figura 9 - Processo de animação Cut Out.	754
Figura 10 - Processo de construção das imagens do vídeo.....	764
Figura 11 - Cenários do vídeo	775

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Países da língua portuguesa e suas respectivas línguas de sinais.....	211
Quadro 2 - Agentes etiológicos das IST e suas infecções.	222
Quadro 3 - Tratamento farmacológico	244
Quadro 4 - Fases de manifestação do HIV.	25
Quadro 5 - Critérios para confirmação da DIP.	27
Quadro 6 - Critérios de seleção para juízes para avaliar o conteúdo.	632
Quadro 7 - Critérios de seleção para juízes para avaliar a aparência.	654
Quadro 8 - Conteúdos abordados em suas respectivas cenas.	786

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

DA - Deficiência Auditiva

dB – Decibéis

DIP - Doença Inflamatória Pélvica

GF - Grupo Focal

HIV – Human Immunodeficiency Vírus

HPV- Human Papiloma Vírus

HSV - Vírus Herpes Simplex

HTLV - Human T cell Lymphotropic Virus

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IM – Intramuscular

IRAMUTEQ - Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de
Questionnaires

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LIBRAS - Língua Brasileira de Sinas

MEC - Ministério da Educação e Desporto

OMS - Organização Mundial de Saúde

PcD - Pessoas com Deficiência

SINAM - Sistema de Informação de Agravos

STD-KD - Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire

TA - Tecnologias Assistivas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VO - Via Oral

WHO - World Health Organization

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Deficiência auditiva, surdez e línguas de sinais no Brasil e na CPLP.....	19
3.2 As ISTs no Brasil, nos países da CPLP e a vulnerabilidade do surdo	21
3.3 Vídeo educativo como estratégia para promoção da saúde do surdo	30
4 MÉTODO.....	34
4.1 Tipo de estudo	34
4.2 Etapas do estudo	34
4.3 Primeira etapa: diagnóstico situacional do conhecimento do surdo sobre IST	35
4.3.1 Local do estudo.....	37
4.3.2 Participantes do estudo	37
4.3.3 Coleta de dados.....	38
4.3.4 Análise dos dados	40
4.3.5 Aspectos éticos	42
4.4 Resultados e discussão	43
4.4.1 Nuvem de palavras	43
4.4.2 Classificação Hierárquica Descendente.....	44
4.4.3 Categorias Temáticas.....	46
4.4.4 Tabu e estigma relacionado ao diagnóstico HIV	47
4.4.5 O saber dos surdos acerca das ISTs.....	50
4.4.6 Meios de acesso a informações sobre IST	52
4.4.7 Práticas adotadas para prevenção e tratamento de IST.....	54
4.4.8 O conhecimento do surdo quanto da utilização do preservativo	56
4.5 Segunda etapa: Construção e validação do conteúdo do vídeo educativo.....	58
4.5.1 Pré-produção: sinopse e argumento.....	58
4.5.2 Pré-produção: roteiro.....	59
4.5.3 Pré-produção: <i>storyboard</i>	60
4.5.4 Validação do conteúdo do vídeo educativo	61
4.5.5 População e amostra da validação de conteúdo.....	62

4.6 Terceira fase: Produção do vídeo educativo.....	64
4.6.1 Pós-produção	64
4.7 Quarta etapa: Validação de aparência	65
4.8 Coleta de dados e instrumentos utilizados.....	66
4.9 Análise dos dados	66
4.10 Aspectos éticos	67
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	697
5.1 Primeira etapa: Validação de conteúdo do storyboard	69
5.2 Segunda etapa: Elaboração do vídeo educativo	75
5.3 Terceira etapa: validação de aparência do vídeo educativo	84
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	921
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A- TCLE – PESSOAS SURDAS – GRUPO FOCAL.....	108
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL	110
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICO	111
APÊNDICE D – CARTA CONVITE.....	112
APÊNDICE E - TCLE - JUÍZES DE CONTEÚDO E APARÊNCIA	113
ANEXO A- INSTRUMENTO (DADOS) DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	116
ANEXO B- INSTRUMENTO (DADOS) DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA	118
ANEXO C- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	120

1 INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência estão, cada vez mais, tornando-se notadas na sociedade por representarem uma parcela significativa da população. No Brasil, de acordo com o último censo, há cerca de 46 milhões (23,9%) de Pessoas com Deficiência (PcD), sendo 18,5% com deficiência visual, 7% motora, 5,1% auditiva e 1,4% mental. O Ceará é o terceiro estado com maior índice de pessoas com alguma dessas deficiências (IBGE, 2010).

A deficiência auditiva (DA), apesar de ocupar a 3ª posição nos dados censitários, representa parcela significativa, quando analisados os dados mundiais. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 466 milhões (5%) da população mundial possui deficiência auditiva incapacitante, sendo 432 milhões de adultos e 34 milhões de crianças. Estima-se ainda que, até 2050, mais de 900 milhões de pessoas poderão ter perda auditiva (WHO, 2018). Essas informações merecem atenção, pois a pessoa com deficiência auditiva possui limitação na comunicação, o que pode interferir na sua vida e nos serviços prestados a ela pela sociedade.

A DA é definida como a perda total ou parcial da acuidade auditiva, unilateral ou bilateral de 41 dB (decibéis) ou mais (WHO, 2018). Para a comunidade surda, ser surdo não é ser deficiente, é ter uma diferença sensorial; dessa forma, o surdo está incluído em uma comunidade com uma cultura e uma língua bem próprias. A nomenclatura de Deficiente Auditivo perde seu significado, pois define a pessoa surda conforme a sua capacidade, quando na verdade, as pessoas às quais são atribuídas esse conceito são pessoas com uma cultura linguística diferente dos membros ouvintes da sociedade (PIVETTA *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2015).

A comunicação com as pessoas surdas brasileiras ocorre por meio da Língua Brasileira de Sinais (Libras), reconhecida como um meio de comunicação e expressão legal pela Lei nº 10.436/02 e regulamentada pelo decreto nº 5.626/05. Esta é uma língua de comunicação gesto-visual que possui gramática própria, e independe da língua portuguesa. É ainda considerada como linguagem visual-espacial, com sintaxe espacial, estrutura tópico-comentário, sem flexão de gênero, escrita não alfabética, enquanto a língua portuguesa é oral-auditiva, com sintaxe linear e escrita alfabética (LEVINO *et al.*, 2013).

Diante da especificidade da Libras, a barreira de comunicação é visível e presente, pois a sociedade, de modo geral, não tem o domínio dessa língua, o que dificulta o

aprendizado e a interação com os demais (GIAMMELARO; GESUELI; SILVA, 2013). Assim, no âmbito da saúde, diversos aspectos são carentes do compartilhamento de informações e da realização de educação em saúde de várias temáticas, como a sexualidade e a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Percebe-se isso em estudos cujos resultados apontam que o déficit de conhecimento dos surdos acerca do processo saúde-doença ocorre por conta da dificuldade no acesso às campanhas e às orientações preventivas, assim como às informações de educação à saúde (SOUZA, *et al.*, 2017).

Temas sobre sexualidade são pouco explorados entre os surdos, o que induz à adoção de estigma e dogmas relacionados ao seu exercício. A ausência da audição não diminui o desenvolvimento e o interesse sexual. Entretanto, uma PcD inicia sua vida sexual mais tardiamente, quando comparada à pessoa sem deficiência. A percepção distorcida do surdo sobre a temática da sexualidade e do conhecimento escasso sobre medidas preventivas mostra a susceptibilidade dessa população em adquirir uma IST e não exercer sua sexualidade de forma plena e segura (MALL; SWARTZ, 2012).

A cada ano, estima-se que mais de 500 milhões de pessoas no mundo adquirem uma das ISTs curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase) e mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. Dessa mesma forma, calcula-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital (HSV-2, do inglês Herpes Simplex Vírus tipo 2) e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV (OMS, 2013).

Na África, entre o ano de 1999 e 2005, houve um agravamento na taxa de incidência de ISTs curáveis, apontando cerca de 59% de aumento de casos. A OMS, em 2005, revelou que esse aumento se deu devido a elevadas estimativas de novos casos de tricomoníase. Em 2012, a OMS atualizou os dados sobre a incidência e a prevalência de casos de IST no ano de 2008, quando foram identificados 90 milhões de casos de ISTs curáveis no continente africano. Em 2016, esses dados foram atualizados em referência ao ano de 2015, ocasião em que foram identificados 60 milhões de casos de ISTs curáveis, uma diminuição de aproximadamente 33% dos casos de IST (LEWIS *et al.*, 2011; WHO, 2012, 2016).

Em Moçambique, um dos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), há mais de dois milhões de pessoas com HIV. A epidemia de HIV no país ameaça o seu futuro social e econômico. Sua prevalência nacional é a oitava mais alta do mundo (CASIMIRO, 2012; REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2013). O mesmo ocorre em Guiné-Bissau, onde se tem a maior prevalência mundial de HIV-2, sem prejuízo do aumento da prevalência de HIV-1 (HONGE *et al.*, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano cerca de 12 milhões de novos casos de IST são diagnosticados no Brasil, mas ainda existem aproximadamente 200 mil casos/ano que não são diagnosticados, já que várias pessoas com IST não procuram uma assistência qualificada (BRASIL, 2012).

No Brasil, as estimativas da OMS mostram que há aproximadamente 937 mil novas infecções de sífilis, 1,5 milhões de casos de gonorreia e quase 2 milhões de casos de clamídia por ano. No entanto, dados mais precisos sobre o índice de transmissão de IST, especificamente na população surda, são escassos (BRASIL, 2012).

Estudo realizado em um hospital de Fortaleza, no Ceará, mostrou que mais da metade dos surdos que participaram da pesquisa tinham um conhecimento errôneo em relação à transmissão do HIV, conforme se vê nas afirmações de que o beijo, o abraço e o aperto de mãos podiam transmitir o vírus (PINHEIRO FILHO, 2010).

O conhecimento equivocado de uma pessoa relaciona-se diretamente no processo saúde-doença. Observa-se que as ações de promoção da saúde para surdos estão comprometidas. Nesse sentido, é possível identificar a necessidade da realização de ações de promoção da saúde e do desenvolvimento de tecnologias educativas que possibilitem a diminuição da vulnerabilidade sexual, condição na qual essa clientela está inserida (SOUZA, et al., 2017).

Durante a realização da promoção da saúde dos surdos, que é um processo de capacitação da comunidade, para que esta possa atuar na melhoria de sua qualidade de vida, os profissionais de saúde enfrentam a barreira linguística. Isto ocorre porque grande parte dos profissionais não tem conhecimento em Libras, o que interfere na comunicação e na relação profissional-paciente (SOUZA, et al., 2017).

Na maioria das vezes, durante um atendimento ou um contato com o profissional da saúde, o surdo precisa de outra pessoa para que consiga se comunicar, e assim compreender as informações repassadas, esclarecer dúvidas, falar do seu estado de saúde. Esses momentos acabam sendo causa de desconforto, tornando o ambiente hostil, não existindo a confidencialidade e ultrapassando os princípios bioéticos (SOUZA *et al.*, 2017).

Para que possa haver uma assistência integral e eficaz à saúde dos surdos, é necessário que os profissionais de saúde saibam Libras. Porém, as políticas públicas existentes para disseminar o conhecimento de Libras são precárias (CARVALHO *et al.*, 2015).

A fim de facilitar a prática de promoção da saúde, o desenvolvimento de tecnologias é válido. Para as pessoas com deficiência, independente da sua escolaridade, qualquer material, recurso e/ou serviço precisa ser adaptado. Isso reforça a importância dos materiais, educativos

e/ou informativos, para a comunidade surda seja moldados as suas necessidades. Essas tecnologias direcionadas para a clientela com deficiência são chamadas de Tecnologias Assistivas (TA) (OLIVEIRA, *et al.*, 2015).

A Tecnologia Assistiva (TA), utilizada para fins educativos, é entendida como uma tecnologia que auxilia no processo de ensino-aprendizagem, a qual possibilita a troca de conhecimento, aprimoramento de habilidades, aprendizagem coletiva, desenvolvimento humano e permite a autonomia do indivíduo com deficiência, que a partir da aquisição do conhecimento poderá decidir sobre sua saúde (BARROS *et al.*, 2012).

Diversos estudos com uso de TA, em várias apresentações como literatura de cordel, jogo de tabuleiro, vídeos, entre outros, em vários assuntos, foram considerados válidos para a promoção da saúde e do auxílio no processo do ensino aprendizagem (OLIVEIRA *et al.*, 2015; PIMENTEL *et al.*, 2018; MARIANO; REBOUÇAS, PAGLIUCA; 2013).

Estudo realizado com pessoas cegas, o qual utilizou TA, na modalidade de literatura de cordel, para ensinar sobre amamentação, apresentou índices satisfatórios de aprendizagem, considerando a referida tecnologia válida para a promoção da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Em determinado estudo, no qual foi construído um vídeo educativo para surdos, sobre a temática de dengue e tuberculose, por unanimidade, os participantes que avaliaram a tecnologia consideraram de grande importância os conteúdos dos vídeos, além de estarem confeccionados de forma objetiva, organizada, e estruturados de maneira adequada (PIMENTEL *et al.*, 2018).

Outro estudo que utilizou vídeo educativo em animação, a fim de avaliar sua efetividade sobre conhecimento e habilidade do surdo acerca da reanimação cardiopulmonar, foi consideravelmente relevante ao possibilitar a fácil busca de informação pelos surdos. Um dos motivos que dificultam a abordagem da temática IST com os surdos é a falta de tempo, de condições e de preparo dos professores, além da metodologia inadequada e da falta de profissionais de saúde para esclarecer os surdos informações sobre as ISTs (FONTANA; SCHWIDERKE; TRINDADE, 2018; GALINDO NETO *et al.*, 2019).

É notório que as estratégias de promoção da saúde, por meio de tecnologias acessíveis, trazem resultados satisfatórios aos indivíduos com deficiência, a fim de garantir a melhoria das informações recebidas e da promoção à saúde. Rocha e Freire (2007) afirmam que a elaboração de vídeo ou filme traz grandes benefícios educacionais, como desenvolvimento do pensamento crítico, promoção da expressão e da comunicação, favorecimento da visão interdisciplinar, integração de diferentes capacidades de inteligências e valorização do trabalho em grupo.

Apesar das variações linguísticas e culturais, o vídeo ao ser adaptado transculturalmente, pode ser usado em outros países. Em se tratando dos países Lusófonos, embora haja variações linguísticas, há estudos com comparações entre a Língua Gestual Portuguesa (LGP) e a Libras, no quais revelou semelhanças e diferenças em aspectos fonológicos, morfológicos e sintáticos (BARBOSA; RAFAEL, 2014).

Destaca-se que o vídeo educativo elaborado neste estudo almejou assumir o conceito de educação inclusiva com enfoque no desenho universal, acessível para pessoas com e sem deficiência, ou seja, surdos, ouvintes e cegos, considerando sua diversidade na composição.

A fim de ampliar o ensino e diminuir as barreiras de comunicação, o vídeo educativo pode proporcionar à comunidade surda a educação em saúde, que está alicerçada no conceito de promoção da sua saúde, que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do surdo.

O vídeo educativo pode contribuir como estratégia educativa inclusiva, ao ser aplicado por profissionais da saúde, em diversos ambiente, seja ele ambiente escolar, seja ele unidade básica de saúde. O uso de vídeo educativo possui vantagens para surdos, devido proporcionar instruções claras, acessíveis e atraentes (GOLOS; MOSES, 2015).

Dessa forma, questiona-se: a Tecnologia Assistiva do tipo vídeo educativo é válida quanto ao conteúdo, à aparência e à compreensão, quando dedicada ao seu vulnerável público-alvo?

Diante desse contexto, justifica-se a necessidade de construção de uma TA, do tipo vídeo educativo para surdos, subsidiando a assistência de enfermagem no contexto da sexualidade e prevenção das ISTs, favorecendo a promoção da saúde das pessoas surdas.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Construir e validar vídeo educativo para surdos sobre a Infecção Sexualmente Transmissível mais relevante para este público.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar o diagnóstico situacional do conhecimento de surdos acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- b) Validar o conteúdo do *storyboard* do vídeo educativo sobre a Infecção Sexualmente Transmissível com juízes da área da saúde com expertise em IST;
- c) Construir vídeo educativo sobre Infecção Sexualmente Transmissível para surdos;
- d) Validar a aparência do vídeo educativo para surdos sobre a Infecção Sexualmente Transmissível com juízes da área de educação para surdo e intérprete.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Antes de iniciar a pesquisa, considera-se essencial realizar revisão na literatura sobre as questões concernentes ao objeto de estudo. Dessa forma, esta etapa da pesquisa abordará as seguintes temáticas: Deficiência auditiva, surdez e língua de sinais no Brasil e nos países da CPLP; as Infecções Sexualmente Transmissíveis no Brasil, nos países da CPLP e a vulnerabilidade do surdo às ISTs; o vídeo educativo como estratégia para a promoção da saúde do surdo.

3.1 Deficiência auditiva, surdez e línguas de sinais no Brasil e nos países da Comunidade dos Países da Língua Portuguesa (CPLP)

As definições de perda auditiva e surdez vêm sendo discutidas por vários autores; SHARP e DOHME (2005) definem a perda auditiva como um prejuízo da audição, a qual pode ser classificada ainda como sensorial ou neural; a primeira é causada por um fator mecânico do canal auditivo ou ouvido médio, que bloqueia a condução do som, e a segunda, causada por uma lesão no ouvido interno, no nervo auditivo ou nas vias do nervo auditivo do cérebro.

Na visão de SALES *et al.*, (2010) a surdez é definida como:

[...] o indivíduo com incapacidade auditiva é aquele cuja percepção de sons não é funcional na vida comum. Aquele cuja percepção de sons ainda que comprometida, mas funcional com ou sem prótese auditiva, é chamado de pessoa com deficiência auditiva.

Enquanto LACERDA (2013, p.48) define a pessoa com surdez como,

[...] aquele que apreende o mundo por meio de contatos visuais, que é capaz de se apropriar da língua de sinais e da língua escrita e de outras, de modo a propiciar seu pleno desenvolvimento cognitivo, cultural e social.

Conforme o Decreto nº 5.626, de 22 de janeiro de 2005, que regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, e sem prejuízo do art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, ao dispor sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, apresentam-se como concepções importantes as seguintes:

Art. 2º

Para os fins deste Decreto, considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais - Libras. Considera-se deficiência auditiva a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz (BRASIL, 2006).

O Ministério da Educação e Desporto (MEC) conceitua ainda a deficiência auditiva como uma perda total ou parcial, sendo ela congênita ou adquirida, da capacidade de compreender a fala por meio do ouvido. Classificada ainda como surdez leve ou moderada, aquela perda de até 70 decibéis e surdez severa ou profunda a perda auditiva acima de 70 decibéis (BRASIL, 1994).

SALES et al., (2010) conceitua a perda auditiva como leve (25 a 40 decibéis), moderada (41 a 70 decibéis), severa (71 a 90 decibéis) e profunda (acima de 90 decibéis); essa classificação reflete num dano maior ou menor no desenvolvimento da oralidade da pessoa.

A pessoa que apresenta uma deficiência auditiva moderada é capaz de se expressar de forma oral e possui uma percepção de reconhecer as vozes, quando está utilizando ou não aparelho auditivo, enquanto na surdez severa, a pessoa perde a percepção de reconhecer as vozes; em ambos os casos é necessário que o mesmo adquira de maneira plena e eficaz o hábito da utilização da sua língua natural, Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS (MEC, 2008).

Percebe-se que, para que o surdo possa interagir e compreender o mundo, é necessária a utilização da Libras, considerada a primeira língua (L1) dos surdos brasileiros, conforme o decreto nº 5.626/05, que regulamenta a Lei nº 10.436/02 (BRASIL, 2005).


A Libras é reconhecida como um meio legal de comunicação e expressão, é caracterizada por ser uma linguagem gesto-visual ou espaço-visual, na qual o surdo, por meio da comunicação verbo-visual, expressa-se e transmite informações. Para a utilização desse tipo de linguagem, os gestos e expressões faciais são importantes, pois complementam a conversação e a torna mais eficaz (RAIMUNDO; SANTOS, 2012; SOUZA; SILVA; FLORESTA, 2010).

Ao contrário do que grande parte da sociedade pensa, a Libras não é uma língua universal, cada país possui sua própria língua de sinais; há pelo menos uma língua de sinais utilizada pela comunidade surda de cada país, e esta difere da língua oral. Essas línguas de sinais são independentes das línguas orais (QUADRO; KARNOPP, 2004).

Nesse contexto de diversidade linguística, destaca-se a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), que é composto pelos países da língua oficial portuguesa, sendo eles, Portugal, Brasil, Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Timor Leste, que apesar do português ser a língua oficial existe variação de língua de sinais (VANALI, 2016).

Abaixo apresenta-se o quadro com os países da CPLP, e suas respectivas línguas de sinais.

Quadro 1 - Países da língua portuguesa e suas respectivas línguas de sinais.

País	População (est. 2014)	Língua Portuguesa	Língua de Sinais
 Brasil	202.656.788	Português do Brasil	Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)
 Moçambique	24.692.144	Português de Moçambique	Língua Moçambicana de Sinais (LMS)
 Angola	24.300.000	Português de Angola	Língua Angolana de Sinais (LAS)
 Portugal	10.813.834	Português europeu	Língua Gestual Portuguesa (LGP)
 São Tomé e Príncipe	190.428	Português de São Tomé e Príncipe	Língua Gestual de São Tomé e Príncipe (LGSTP)
 Guiné-Bissau	1.693.398	Português da Guiné-Bissau	Língua Gestual Guineense (LGG)
 Timor-Leste	1.201.542	Português de Timor-Leste	Língua Gestual Timoreense (LGT)
 Cabo Verde	538.535	Português cabo-verdiano	Língua Gestual Cabo-verdiana (LGCV)

Fonte: Vanali, 2016.

3.2 As infecções Sexualmente Transmissíveis (IST'S) no Brasil, nos países da CPLP e a vulnerabilidade do surdo

De acordo com o Ministério da Saúde, são consideradas ISTs em que bactérias são os agentes causadores: Cancro mole, Clamídia, Gonorreia, Doença Inflamatória Pélvica (DIP), Donovanose, Linfogranuloma venéreo, Sífilis. São causadas por vírus: Condiloma acuminado (HPV), Herpes, Hepatites, Infecção pelo Vírus T-linfotrópico humano (HTLV); causada por protozoário, a tricomoníase. Apesar de serem transmitidas sexualmente, sem o uso de preservativo, o HIV e hepatites B, C e D podem ser adquiridas pelo compartilhamento de seringas, agulhas, lâminas de barbear, ou outros objetos perfurocortantes. Elas geram complicações que são potencialmente graves, além de facilitar a infecção pelo HIV (BRASIL, 2014; BOFF, 2016).

Existem vários micro-organismos que são responsáveis por causar as IST's, como é possível observar no quadro abaixo.

Quadro 2 - Agentes etiológicos das IST e suas infecções.

Grupo	Agente etiológico	Infeção/doença
Bactérias	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia, uretrite gonocócica, conjuntivite neonatal.
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamídiase, Linfogranuloma venéreo, conjuntivite neonatal.
	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Cancróide (ou cancro mole)
	<i>Mycoplasma vaginalis</i>	Vaginose bacteriana,
	<i>Gardnerella vaginalis</i>	Vaginose bacteriana
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretrite não gonocócica
	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Donovanose
Vírus	Vírus de Imunodeficiência Humana, (VIH -1, VIH-2)	VIH Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)
	Vírus Molluscum contagiosum (VMC)	Molusco contagioso
	Vírus do papiloma Humano (HPV)	Verrugas anogenitais/ Cancro do colo do útero
	Vírus da Hepatite B Vírus da Hepatite C	Hepatite viral B Hepatite viral C
	<i>Cytomegalovirus</i>	
Parasitas	<i>Phthirus pubis</i>	Pediculose púbica
	<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna
Protozoários	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoníase

Fonte: Barroso et al., 2014.

Dentre essas ISTs, a sífilis e a gonorreia, durante os anos 50, diminuíram a sua incidência e deixaram de serem vistas como um problema, no entanto, desde os anos 60, o número de casos de sífilis e gonorreia vêm aumentando (SANTOS, 2015).

No Brasil, entre os anos de 2005 e 2014, foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos (SINAM) 100.790 casos de sífilis em gestantes, sendo 23,5% notificados no Nordeste. Na África, a sífilis congênita atinge anualmente aproximadamente 1,4 milhões de recém-nascidos. Estima-se que cerca de 2,7% de mulheres grávidas na África estejam com sífilis (BRASIL, 2015; KUZNIK, 2015).

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum* e a sua transmissão pode ocorrer tanto por relação sexual como por via vertical; 95% dos casos de contágio da sífilis ocorre por meio de contato com as lesões contagiosas (cancro duro e lesões secundárias) localizadas na região genital (BERNARDES, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), a sífilis pode ser dividida ainda em primária, latente, secundária, e terciária, de acordo com a evolução da infecção.

- a) Sífilis primária: a lesão específica é o cancro duro, único e indolor, praticamente sem manifestações inflamatórias, bordas endurecidas que surge aproximadamente três semanas após a infecção. Inicialmente surge a pápula de cor rósea e evolui para um vermelho intenso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional.
- b) Sífilis latente: os sinais e sintomas não são observados, o diagnóstico é realizado exclusivamente por testes imunológicos. Pode ser classificada, de acordo com o tempo de infecção: Sífilis latente recente (até um ano de infecção); Sífilis latente tardia (mais de um ano de infecção).
- c) Sífilis secundária: logo após o período de latência, podendo durar de seis a oito semanas, a doença entrará novamente em atividade. Afetará a pele e os órgãos internos. É bem característico o acometimento das regiões palmares e plantares. Na face, as pápulas tendem a agrupar-se em volta do nariz e da boca. Na mucosa oral, podem ocorrer lesões de cor esbranquiçada. Em alguns pacientes estabelece-se alopecia difusa, podendo ocorrer ainda perda dos cílios e porção final das sobrancelhas.
- d) Sífilis terciária: nessa fase desenvolvem-se lesões localizadas que envolvem pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. Em geral, a característica das lesões terciárias é a formação de granulomas destrutivos e a ausência quase total de treponemas.

O tratamento será de acordo com a fase em que o paciente se encontra, conforme no quadro abaixo.

Quadro 3 - Tratamento farmacológico

	Medicação	Via de administração	Dose
Sífilis primária, secundária ou latente recente.	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI.	Intramuscular (IM), 1,2 milhão UI em cada glúteo.	Dose única.
Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI.	Intramuscular (IM), 1,2 milhão UI em cada glúteo.	Semanal, por três semanas – dose total de 7,2 milhões UI.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

A gonorreia é causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae* e a transmissão ocorre por relação sexual desprotegida. No entanto, também pode haver a transmissão por via placentária, por contato com lesão ativa e por transfusão sanguínea. Tem um período de incubação de 2 a 5 dias (MEIRA, 2014; BARROSO *et al.*, 2014).

É considerada a segunda infecção bacteriana sexualmente transmissível mais prevalente, pode ser assintomática ou desencadear uma infecção genital, ou uretral. O risco de desenvolver a gonorreia varia entre 20% nos homens e 40% nas mulheres, sendo nelas na maioria das vezes assintomática. Nos homens, é uma infecção urogenital com a presença de corrimento uretral e com disúria. Já nas mulheres, é assintomática em 80% dos casos e afeta principalmente o epitélio endocervical, causando cervicite, endometrite e infecção das trompas de falópio (WAGENLEHNER *et al.*, 2016; XIONG *et al.*, 2016).

O tratamento pode ser realizado com Ciprofloxacina 500mg, via oral (VO), dose única com Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única ou Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única com Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (BRASIL, 2015).

Outra IST que tem um prognóstico ruim e expõe as pessoas é o HIV, tanto pelo elevado índice de disseminação, como por não existir ainda vacinas e terapêutica direcionada para a cura da doença (SANTOS; 2015).

Em 2015 cerca de 36,7 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV no mundo, das quais 57% sabiam que estavam infectados, e 46% já tinham acesso a tratamento com drogas antirretrovirais e 38% conseguiram zerar sua carga viral. No mesmo ano, houve aumento significativo de novos casos, no Brasil; 830 mil pessoas viviam com HIV em 2015 e o número de novas infecções nesse mesmo ano foi de 44,5 mil. Em 2015, cerca de 1,1 milhão de pessoas morreram devido a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em todo o mundo (UNAIDS; 2016).

O vírus causador dessa doença age no sistema imunológico, aloja-se nas células TCD4 na qual diminui a capacidade do organismo de gerar uma resposta imunológica eficaz para qualquer infecção que venha a existir. (KALICHMAN *et al.*, 2015; SAHARIA, KOUP; 2013). Logo em seguida, começa o surgimento de sinais e sintomas relacionados à presença de infecções oportunistas, surgindo assim a SIDA (BRASIL; 2015). As manifestações do HIV são apresentadas em três fases, conforme quadro abaixo.

Quadro 4 - Fases de manifestação do HIV.

FASE	CARACTERÍSTICAS
Fase aguda (0 a 4 semanas)	Intervalo entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, sendo eles: hipertermia, sudorese, cefaleia, fadiga, faringite, exantemas, gânglios linfáticos aumentados e um leve prurido.
Fase Assintomática ou de Latência Clínica (de 8 a 10 anos)	Nessa fase, na maioria das vezes, não ocorre o surgimento dos sinais e sintomas, embora o vírus continue se multiplicando.
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)	Nessa fase, começa o surgimento dos sinais e sintomas de doenças referentes ao enfraquecimento do sistema imunológico, sendo eles: fadiga não habitual, perda de peso, suor noturno, inapetência, diarreia, alopecia, xerodermia, entre outros.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Os meios de transmissão do HIV são: relação sexual desprotegida; da mãe para a criança; transfusão sanguínea e pelo uso de materiais perfuro cortantes, não esterilizados

adequadamente. O diagnóstico pode ser dado por testes rápidos, como o teste rápido 1, e este sendo reagente, realiza-se o teste rápido 2, caso o teste rápido também esteja reagente, o diagnóstico é definido como amostra reagente para HIV, e a pessoa é encaminhada para realizar o exame de carga viral do HIV. Não há cura para essa infecção, no entanto, há tratamento realizado por meio de antirretrovirais (VILLELA, 2015; BRASIL, 2015; MAKSUD, 2015).

Com a disponibilização gratuita da Terapia Antirretroviral (TARV) para o tratamento de pessoas infectadas pelo HIV, em 1996, pode-se identificar uma redução de 49% da taxa de mortalidade associada às doenças oportunistas relacionadas ao HIV e um decréscimo das admissões hospitalares em 7,6 vezes, evidenciando a eficácia da terapia. Entretanto, com o aumento da expectativa e da qualidade de vida proporcionada pela TARV, as coinfeções HIV/Hepatite B (HBV); HIV/Hepatite C (HCV) e HIV/sífilis tornaram-se importantes fatores que podem causar morbimortalidade entre essas pessoas (SANTOS et al., 2017; RIBEIRO; JACOBIUNAS, 2016).

A política brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids preconiza estratégia de prevenção combinada, tendo em vista que a oferta de variadas formas de prevenção oportuniza ao usuário a escolha de ferramenta de prevenção que mais lhe seja adequada. Dentre essas estratégias, destacam-se as comportamentais, que são as distribuições de preservativos, educacionais, que são os aconselhamentos e orientações, e biomédicas, que são as terapias antirretrovirais, Profilaxia Pré-exposição de Risco a Infecção pelo HIV (PrEP) e Profilaxia Pós-exposição de Risco a Infecção pelo HIV (PEP) (BRASIL, 2017).

A clamídia é uma infecção causada por *C trachomatis*; a transmissão pode acontecer por atividade sexual precoce, múltiplos parceiros, relações sexuais sem uso de preservativo, indivíduos portadores de outras IST e falta de conhecimento sobre IST. É sintomaticamente semelhante à gonorreia. Aproximadamente de 70 a 90% das infecções em mulheres são assintomáticas. E quando sintomática é caracterizada por corrimento endocervical purulento, hipertrofia do colo uterino, endometrite, dor e sangramento após a relação sexual (VASILEVSKY et al., 2014; ELWELL; MIRRASHIDI, 2016; GARCES, 2013).

O diagnóstico, assim como na gonorreia, deve preferencialmente ser feita por método de biologia celular juntamente com cultura; no entanto, a principal estratégia de manejo das cervicites por clamídia e gonorreia é o tratamento das parcerias sexuais de homens portadores de uretrite. O tratamento farmacológico é com uso de Ciprofloxacina 500mg, 1 comprimido, VO, dose única com Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única ou Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única com Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única (BRASIL, 2015).

Para que possa ser feita a confirmação da DIP, é necessária a presença de três critérios maiores e um menor ou um elaborado, conforme no quadro abaixo.

Quadro 5 - Critérios para confirmação da DIP.

CRITÉRIO	MANIFESTAÇÕES
Critério Maior	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor no hipogástrio; ✓ Dor à palpação dos anexos; ✓ Dor a mobilização do colo uterino.
Critério Menor	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Temperatura axilar >37,5°C ou temperatura >38,3°C; ✓ Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; ✓ Massa pélvica; ✓ Mais de 5 leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; ✓ Leucocitose em sangue periférico; ✓ Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação elevada; ✓ Comprovação laboratorial de infecção pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas.
Critério Elaborado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evidência histopatológica de endometrite; ✓ Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem; ✓ Laparoscopia com evidência de DIP.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Outra IST é o cancro mole, causado por *Haemophilus ducreyi*, com um período de incubação de 4 a 10 dias, caracterizada pela presença de úlceras genitais e pelas adenopatias inguinais; estas podem permanecer desde da primeira semana até o terceiro mês (BEIRAS *et al.*, 2016; LINDEMAN *et al.*, 2014).

O diagnóstico laboratorial é realizado por meio de exame direto e por cultura. O tratamento farmacológico é realizado com Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose

única ou a Ceftriaxona 250mg, IM, dose única. O acompanhamento do paciente deve ocorrer até a involução total das lesões (BRASIL, 2015).

A *Klebsiella granulomatis* é o agente etiológico da donovanose, que é uma infecção que acomete a pele e mucosas da região genital, perianal e inguinal. O meio de transmissão ainda não é bem conhecido; no entanto, sabe-se que está associada ao ato sexual. As manifestações clínicas são caracterizadas com nódulo na região da inoculação, levando à formação de uma ulceração de borda plana, delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo, de sangramento fácil e indolor (BRASIL, 2015; BATISTA-JUZBASIC, 2014).

O diagnóstico é realizado por meio da pesquisa direta dos corpúsculos de Donovan, que é obtido por biópsia realizada na região da ulcera, e o tratamento farmacológico é com Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, via oral, 2 vezes por dia, por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões (BRASIL, 2015).

O *Human Papiloma Vírus* (HPV) é outra IST com alta taxa de infectividade, aproximadamente 60% das pessoas adquirem o vírus após um único contato com o ato sexual. As infecções recorrentes por HPV é considerada a principal causa de câncer cervical. A relação entre o HPV e o câncer depende principalmente do tipo do vírus e a sua resistência à integração da célula (SILVA, 2015).

O tratamento farmacológico é com podofilina 10-25%, ácido tricloroacético a 80-90%, 5-fluoracil 5%, eletrocauterização, crioterapia e exérese cirúrgica. O cuidado deve ser individualizado variando de acordo com o tamanho, a morfologia, o número e o local da lesão (BRASIL, 2015).

A tricomoníase é causada por *T vaginalis*, transmitido por ato sexual, e por duchas contaminadas, espéculos ou assento de vasos sanitários. A sintomatologia vai depender das condições e do número de micro-organismo, podendo ser assintomático ou não. Assim como no HPV, o diagnóstico é realizado pelo exame Papanicolau e por teste pH vaginal e bacteroscopia (VASCONCELOS, 2016; BRASIL, 2015).

O tratamento farmacológico é com Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, via oral, dose única (dose total de tratamento 2g) ou Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, via oral, 2 vezes por dia, por 7 dias (BRASIL, 2015).

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) afetam pessoas de ambos os sexos, independentemente de suas etnias, e de seus níveis sociais, de modo que que são transmitidas por meio do contato íntimo/sexual com a pessoa infectada. As Pessoas com Deficiência (PcD) têm um risco maior de serem expostas ao Human Immunodeficiency Virus (HIV), devido à

falta de acesso à prevenção, ao tratamento e à educação sexual (FRANÇA *et al.*, 2016; REUS *et al.*, 2015).

As pessoas com deficiência abrangem uma proporção duas vezes mais elevada do que o restante da população de se infectarem com o HIV. A falta de conhecimento da vulnerabilidade em que essa população se encontra, aliado ao entendimento equivocado de que são pessoas incapazes de desenvolver sua sexualidade, contribuem para um crescente número de casos de contaminação com o HIV por essa população (AIDS-FREE WORLD, 2008; PAULA *et al.*, 2010).

Em estudo realizado por FERNANDES *et al.* (2009), com alunos surdos e com seus educadores, foram evidenciadas inadequações nas respostas de identificação das ISTs. Na pesquisa, os participantes, na maioria alunos surdos, apontaram dengue e febre amarela como uma IST. A principal dificuldade de abordagem do tema foi a ausência de método adequado para comunicar a informação aos surdos.

É possível observar, por meio de estudos, o não reconhecimento dos surdos acerca da ampla diversidade das ISTs, na qual apenas a sífilis e a AIDS foram reconhecidas como IST, além do desconhecimento dos agentes causadores das doenças; é possível identificar o desconhecido quanto aos tratamentos, bem como sintomas, tratamento, profilaxia e prevenção, evidenciando a carência de informações acerca da temática (FONTANA; SCHWIDERKE; TRINDADE, 2018; PINHEIRO FILHO, 2010).

Estudo realizado em escola pública em Fortaleza mostrou que 50% dos surdos afirmaram existir cura para AIDS, sendo esse percentual um pouco menor em ouvintes com 25,3%. No mesmo estudo, 97,9% dos ouvintes afirmaram que procurariam um serviço de saúde, caso alguma lesão típica de IST se manifestasse, sendo esse percentual um pouco menor em ouvintes com 47,1% (PINHEIRO FILHO, 2010). A discrepância de conhecimento em relação à saúde sexual entre ouvinte e surdos é grande; isso ocorre devido os ouvintes e surdos não possuem as mesmas oportunidades de acesso à informação (SUTER; MCCRACKEN; CALAM, 2012).

A maioria das pessoas ouvintes não tem o domínio da língua de sinais, que é usada pelos surdos; isso contribui para que a condição social do surdo seja marcada pela incapacidade, limitação e inferioridade, preterindo a surdez à problemática da deficiência (SALES; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2013; ABREU; SILVA; ZUCHIWSCHI, 2016).

As pessoas surdas brasileiras possuem os mesmos direitos que as pessoas ouvintes, segundo o art. 196 da Constituição Federal de 1988, o qual assegura:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

É um direito dos surdos que as instituições públicas e as empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde providenciem a garantia de atendimento e tratamento adequado. No entanto, na maioria das vezes, esse direito é negligenciado, por deficiências dos profissionais de saúde sobre o conhecimento da língua de sinais, podendo impedir o direito integral da saúde dos surdos (FONTANA; SCHWIDERKE; TRINDADE, 2018).

O Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005, prevê a importância da Libras na vida socioeducativa dos surdos e dá outras disposições:

Atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação; e apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de Libras e sua tradução e interpretação.

Tanto a comunicação verbal, como a não verbal, são importantes na assistência à saúde, na prevenção de agravos e na promoção da saúde; é por meio da comunicação que se realiza a educação em saúde, esta envolve fatores expressivos para alcançar melhores condições de vida e de bem-estar, focando os determinantes e condicionantes de saúde (STREHLOW *et al.*, 2016).

3.3 Vídeo educativo como estratégia para promoção da saúde do surdo

A inovação da tecnológica na área da saúde contribui para diversificar as formas de cuidado e possibilitar ao indivíduo participação ativa no processo saúde-doença. A tecnologia, se construída e aplicada adequadamente, possibilita uma vida mais saudável na sociedade. Nesse intuito, estratégias e políticas destacam a necessidade de atuação dos profissionais por meio de educação em saúde, utilizando como aliada as tecnologias.

Diante desse contexto, o enfermeiro vem utilizando vários tipos de tecnologias, como leve, que se refere às tecnologias da comunicação, que são relações, acolhimento, gestão de serviço; leve-dura, que são os saberes bem estruturados, que abrange os saberes no processo de saúde, como o processo de enfermagem; e a tecnologia dura, quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, as normas e rotinas, como por exemplo, vídeo educativo (SALVADOR *et al.*, 2012; MERHY; ONOKO, 2007).

No contexto de promoção da saúde, prevenção e manejo das ISTs, os profissionais de saúde têm buscado desenvolver novas estratégias de ensino-aprendizagem e vídeos educativos para utilizá-los nas suas ações educativas (LUNA, 2014).

Estudos apontam que as estratégias audiovisuais, como vídeos, são capazes de desenvolver atitudes e perspectivas, solicitando constantemente a imaginação e atribuindo à efetividade um papel de mediadora primordial do aprendizado. A linguagem do vídeo é sintética, na qual combinam imagens, sons e fala com um mínimo de texto escrito e, portanto, consegue, por essa ligação, apresentar ideias complexas de maneira mais compreensível do que a forma textual verbal e atingir o público por meio dos sentidos (JOVENTINO et al., 2015; OSTHERR et al., 2015).

Utilizar recurso audiovisual, como vídeo educativo, pode significar uma sofisticação na relação ensino-aprendizagem, visto que, por meio dele, consegue-se captar a atenção do público, bem como despertar sua curiosidade em relação às temáticas abordadas, haja vista que a sociedade vive em uma cultura onde a habilidade visual e a capacidade de processar informações são constantemente exercitadas (ASHAVER; IGYUVE, 2013).

A evolução tecnológica possibilita o uso de novos recursos nas práticas do cuidado, a exemplo das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), dinamizando o atendimento e buscando adequação às necessidades peculiares da comunidade surda. O avanço tecnológico possibilita a construção de instrumentos educativos sobre diversos temas, utilizando gráficos, animações, sons, textos e vídeos. Essa pedagogia visual é fundamental na efetivação de práticas educacionais bilíngues, porque proporciona a aprendizagem dos surdos em um tripé formado por texto, imagem e vídeo (MARTINS; LINS, 2015).

FARIA E SILVA (2016) afirmam que a apropriação da tecnologia visual pode orientar e contribuir para o diálogo da cultura da população surda e o fortalecimento de sua identidade. Os vídeos, quando destinados para os surdos, precisam ser caracterizados pela capacidade de atrair a atenção desses sujeitos, com seus componentes lúdicos agregados e potencialidades que este recurso oferece.

PIMENTEL et al. (2018) corroboram a ideia e afirmam que o vídeo é uma ferramenta que pode ser inserida no ensino, de forma eficiente, pois solicita do receptor uma atitude de compreensão, imaginação, possibilitando o uso da percepção visual, lógica, emocional, racional, entre outros.

No contexto escolar, a transmissão de informações educativas no processo de ensino e aprendizagem do surdo, muitas vezes, é pautada pela dificuldade em trabalhar conteúdos com métodos adequados e específicos, pois a falta de estratégias metodológicas eficientes em

conjunto com a carência da disponibilização de materiais em Libras pode dificultar a comunicação e não abordar temáticas pertinentes (PEREIRA; MELO, 2015).

Na perspectiva da assistência em saúde, a barreira de comunicação entre profissionais e os surdos apresenta-se como um desafio para a realização de orientações e de intervenções educativas. As ações de educação em saúde são relevantes e necessárias para corroborar a prevenção, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da população, pois objetivam informar, capacitar e possibilitar reflexão crítica acerca das causas e problemas, bem como das ações necessárias para a sua resolução (LECROY, 2018).

O uso de recursos tecnológicos pode contribuir para o favorecimento da comunicação com os surdos e, tornando uma melhor efetividade das intervenções educativas com esse público. Tal utilização se respalda, uma vez que a aplicação de conhecimentos científicos para solução de problemas práticos, a partir da criação e utilização tecnológica, tem sido cada vez mais requisitada na comunicação em saúde (SANTOS et al., 2018).

Não obstante à utilização tecnológica ser pertinente para o enfrentamento do problema de comunicação em saúde, observa-se na literatura, escassez de estudos que divulguem cientificamente os recursos tecnológicos para educação em saúde de surdos e/ou que respaldem a sua utilização, a partir de evidência científica (PALMER et al., 2017; AHMADI; ABBASI; BAHAADINBEIGY, 2015).

GALINDO NETO et al. (2019), em estudo de revisão integrativa acerca das tecnologias para educação em saúde para surdos, evidenciaram a escassez de tecnologias para educação em saúde de surdos, em relação aos temas dos quais se tratavam; observou-se ainda que o câncer foi mais contemplado, sendo a sexualidade o tema menos contemplado. Constatou-se em seu estudo que o vídeo educativo foi o tipo de tecnologia educativa mais utilizada na educação em saúde da população surda.

Os vídeos possibilitam a visualização de fenômenos por meio de várias técnicas, como demonstrações, simulações e modelos, que ajudam na compreensão de conceitos por meio de imagens mentais ou associação visual, que são mais realistas e interessantes do que a descrição verbal. Em especial, vídeos com finalidades educativas promovem a qualidade do ensino e aprendizagem, aumentam a disposição para aprender, memorizar e conduzir específicas habilidades de ensino (ABBASI et al., 2017).

Para a população surda, os vídeos acessíveis são atraentes para educação, pois, ao permitirem a utilização de diversos recursos simultâneos e lúdicos, estimulam o aprendizado e possibilitam a utilização da língua de sinais. Além do mais, a utilização de vídeos em atividades de educação em saúde, contribui com a assistência e a comunicação da informação

do profissional não proficiente em Libras e com a difusão da informação em massa e em locais onde os profissionais não cheguem/não estejam (GALINDO NETO et al., 2019; GOLOS; MOSES, 2015).

4 MÉTODO

Esta pesquisa está fundamentada em um estudo científico, cujo modelo concerne a um método misto do tipo sequencial exploratório.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, com método misto do tipo sequencial exploratório. Os estudos metodológicos têm por finalidade a investigação de métodos de pesquisa, organização e análise dos dados, com o intuito de construção e validação de ferramentas. Destaca-se que a intenção é construção de materiais confiáveis, para que posteriormente possam ser aplicados ao público-alvo (POLIT; BECK, 2019).

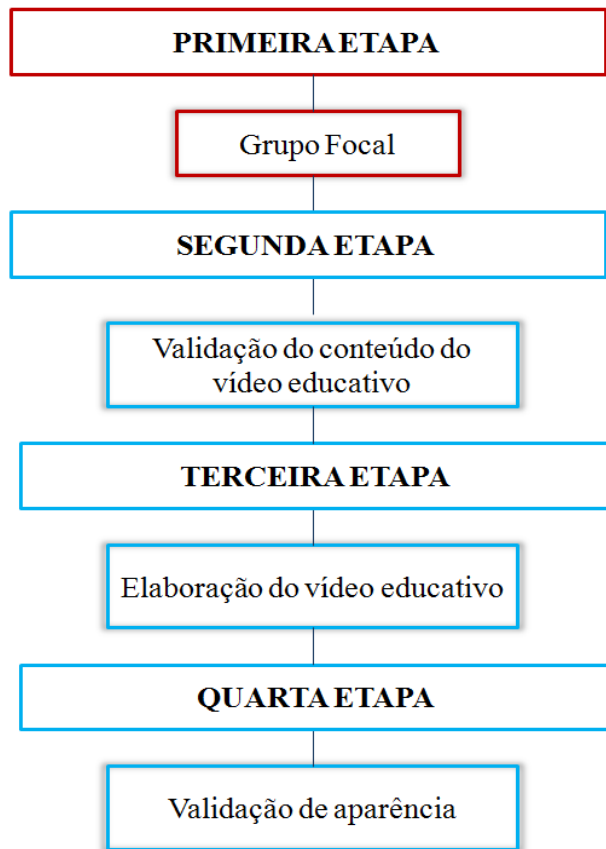
As pesquisas de métodos mistos trazem mais evidências para o estudo do que as pesquisas quantitativas e qualitativas, quando realizada isoladamente. As pesquisas de métodos mistos auxiliam o pesquisador a responder questionamentos que não poderiam ser respondidos, se os mesmos utilizassem apenas a abordagem quantitativa ou qualitativa (CRESWELL, CLARK, 2013).

O método sequencial exploratório tem duas fases de coleta de dados e de análise de dados, quais sejam: a primeira etapa, que é representada pela qualitativa, e, em seguida, a quantitativa, que será desenvolvida sobre os resultados da primeira fase. Essa estratégia sequencial exploratória é vantajosa, quando o pesquisador está construindo um novo instrumento (CRESWELL, CLARK, 2013).

4.2 Etapas do estudo

Dessa forma, o estudo foi desenvolvido em quatro fases. A primeira foi constituída pela coleta de dados e análise dos dados qualitativos. Nela utilizou-se a estratégia de grupo focal com o intuito de identificar o diagnóstico situacional do conhecimento do surdo acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nas fases seguintes, segunda, terceira e quarta, procedeu-se à construção e à validação do vídeo educativo, caracterizado por ser um estudo metodológico e de desenvolvimento, conforme figura abaixo.

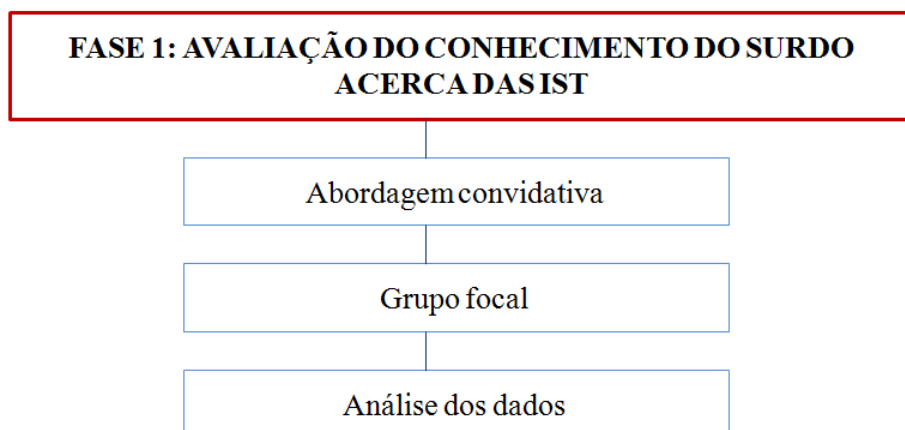
Figura 1- Etapas do estudo. Redenção 2020



4.3 Primeira etapa: diagnóstico situacional do conhecimento do surdo acerca das ISTs

A primeira fase do estudo desenvolveu uma avaliação do conhecimento do surdo acerca das ISTs, com o intuito de identificar o diagnóstico situacional, conforme demonstrado no fluxograma da figura 2.

Figura 2 - Avaliação do conhecimento do surdo acerca das ISTs. Redenção 2020.



Fonte: Produção do próprio autor.

Para auxílio na identificação do diagnóstico situacional do surdo acerca do conhecimento sobre as ISTs foi realizado Grupo Focal (GF). A técnica de GF permite ao pesquisador obter dados aprofundados em um menor período de tempo e isso ocorre porque há diferentes opiniões pessoais dos integrantes sobre um determinado assunto (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

O GF tem o objetivo de coletar informações sobre um assunto específico por meio de exposições de informações dos participantes, que estão juntos em um mesmo local durante um determinado tempo. O GF preza pela interação dos participantes e do pesquisador. É realizado por meio de discussões com foco em um tema específico e direto. Isso leva troca de experiência, conceitos e opiniões entre os participantes (DALL'AGNOL *et al.*, 2012).

Pesquisas mostram que nas produções científicas são utilizadas várias técnicas de grupo, e o GF tem sido destaque por pesquisadores da área da enfermagem nas coletas de dados. Atualmente, o foco do GF ocorre na saúde pública se dá devido à combinação de métodos e compreensão de vários temas (BACKES *et al.*, 2011).

Com a utilização do GF é possível obter informações acerca dos conhecimentos, crenças e percepções (MINAYO, 1992). Isso ocorre porque, durante as discussões, os participantes opinam, refletem e se posicionam sobre um determinado tema, e constroem, reforçam, reformulam ou substituem conceitos (SEVERO; FONSECA; GOMES, 2007). Assim, a estratégia de GF torna-se imprescindível para contemplar o objetivo proposto nessa etapa do estudo.

4.3.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido durante os meses de setembro e outubro de 2019, no Instituto Cearense de Educação dos Surdos (ICES), instituição pública estadual destinada exclusivamente à educação de surdos. O ICES foi fundado em 1961. A escola possui 281 alunos, na qual 16 alunos são do ensino fundamental I, 75 alunos do ensino fundamental II, 121 alunos do ensino médio e 69 alunos do EJA. As aulas são ofertadas nos turnos da manhã, tarde e noite.

O currículo e a carga horária são os mesmos da escola de ensino regular adaptados às condições específicas do surdo. Sua sede possui 24 salas de aula, refeitório, quadra esportiva, pátio de lazer, secretaria, sala de professores, multimídias, sala de vídeo, sala de artes, oficina de português e laboratório de informática.

O ICES ainda conta com serviços complementares como o SOE – Serviço de Orientação Educacional, Serviço de Supervisão Escolar e intérpretes que auxiliam os professores em sala de aula. Todos os intérpretes possuíam curso técnico em libras, experiência em tradução da Libras, e proficiência no *Prolibras* - Programa Nacional para a Certificação de Proficiência no Uso e Ensino da Língua Brasileira de Sinais, além da participação anterior em coleta de dados de pesquisa científica.

4.3.2 Participantes do estudo

Os participantes da primeira fase da pesquisa foram alunos surdos do Instituto Cearense de Educação dos Surdos. Para seleção da amostra foram adotados os critérios de inclusão: alunos matriculados regularmente no ensino médio ou curso profissionalizante, e que tivessem 18 anos ou mais, devido a maior probabilidade de vivência sexual. Os critérios de exclusão foram: alunos surdos que possuíam a cegueira associada, ao levar em consideração a singularidade das relações que uma pessoa surdo-cega estabelece com um sistema de língua. Araújo *et al.*, (2019) afirmam que a dupla privação sensorial restringe seu acesso às regras que regem a língua, na qual faz necessário a utilização da Libras tátil.

Não há um consenso no número exato de participantes no GF, DEBUS (1997) afirma que de 8 a 10 participantes é o ideal, já Lopes e Cordeiro (2011) afirmam que geralmente é realizado com um número de 6 a 10 participantes, apesar de haver uma prevalência em grupos menores, constituídos de 5 a 7 participantes, ao levar em consideração a possibilidade de falta não comunicada, desistência ou ocorrência de algum imprevisto com os participantes. No

presente estudo, foi adotado um número de 20 participantes, sendo 10 participantes do GF1 e 10 participantes para o GF2. Realizaram-se dois GF, com o intuito de ampliar a captação de experiências diversas e aumentar o desenvolvimento subjetivo dos surdos, ao considerar que consiste em população pouco estudada qualitativamente acerca da saúde sexual.

Para que esta quantidade fosse contemplada, foi solicitada à coordenação do Instituto Cearense de Educação dos Surdos a lista dos alunos que estavam matriculados regularmente no ensino médio ou curso profissionalizante, que tivessem 18 anos ou mais e que não fossem surdos com cegueira associada. O critério de escolha se deu pela utilização da amostragem probabilística não intencional, na qual os participantes possuem a mesma probabilidade de serem selecionados, e não há decisão proposital do pesquisador sobre a população, para a seleção da amostra (POLIT; BECK, 2019).

Nessa ocasião, foram selecionados 10 alunos para participarem do grupo focal, denominado de GF1. Para maior evidência foi feito um segundo grupo focal, denominado de GF2, dessa forma foram selecionados mais 10 alunos.

4.3.3 Coleta de dados

Os alunos selecionados para compor a amostra receberam um convite presencial feito pelo pesquisador em sala de aula com auxílio de um intérprete. A pessoa que concordou em participar foi convidada a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido TCLE (APÊNDICE A). As sessões grupais foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes.

As sessões de GF podem ser realizadas quantas vezes forem necessárias, até que o conteúdo das discussões alcance o objetivo proposto (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996). DALL'AGNOL e TRENCH (1999) afirmam que as sessões podem durar aproximadamente 2h. O tempo de duração foi definido pelo alcance do objetivo proposto, que foi de, aproximadamente, uma hora, de forma que, se fosse necessário, um segundo momento seria agendado com o mesmo grupo para dar continuidade ao debate.

Foram realizados dois GF com participantes distintos, o GF1 e GF2 com 10 participantes em ambos os grupos. Em todos os GF foi realizada uma sessão de debate, não sendo necessário o agendamento de um segundo momento, tendo em vista a saturação de informações fornecidas pelos participantes.

Quanto ao ambiente onde foi realizado os encontros, utilizou-se uma das salas de aulas da escola, seguindo-se as recomendações de DEBUS (1997), as quais afirmam que os

encontros devem ser num local que assegure a privacidade, que seja confortável e de fácil acesso aos participantes, bem como foi evitado atribuir aos assentos ou posições de ideia de prestígio. As sessões do GF foram organizadas em forma de círculo com o intuito de promover o bom contato ocular entre os participantes.

A equipe de coordenação do GF foi composta pela moderadora, responsável pela pesquisa, que tem conhecimento básico em Libras, um intérprete, e um observador participante. DALL'AGNOL e TRENCH (1999) afirmam que o moderador é um facilitador do debate e um tem papel importante, pois é ele que abre as sessões, fornece informações acerca dos encontros, esclarece o objetivo e a finalidade da pesquisa e informa como é a técnica do GF.

As sessões grupais foram operacionalizadas conforme os momentos chaves sugeridos por DALL'AGNOL e TRENCH (1999):

- a) Abertura da sessão: o momento em que foram dadas as boas-vindas, a recepção dos participantes, o agradecimento por aceitar participar do GF, a apresentação dos pesquisadores, e o repasse das informações acerca dos objetivos e da finalidade da pesquisa.
- b) Esclarecimento sobre a dinâmica de discussão (debate): foram fornecidas informações acerca do desenvolvimento da sessão e informado acerca do guia de temas - Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- c) Estabelecimento do setting: deu-se destaque aos aspectos éticos vinculados à pesquisa, bem como foi acordado o compromisso de todos os envolvidos.
- d) Debate: centrado no guia de temas - Infecções Sexualmente Transmissíveis - e no roteiro construído pela pesquisadora (APÊNDICE B).
- e) Síntese dos momentos anteriores: fez-se a retomada de ideias que foram discutidas e a validação das ideias centrais.
- f) Encerramento da sessão: realizados os agradecimentos pela participação.

Para a condução do GF foi utilizado um roteiro com os seguintes questionamentos que foram investigados: O que vocês conhecem sobre sexo seguro e doenças relacionadas ao sexo? O que você gostaria de saber sobre as doenças relacionadas ao sexo? Como foi para vocês o contato com informações sobre doenças relacionadas ao sexo? Quais as doenças relacionadas ao sexo vocês conhecem (sinais e sintomas/diagnóstico e tratamento)? Quais as maneiras vocês conhecem de prevenir uma doença relacionada ao sexo? Como vocês conseguem as informações sobre as doenças relacionadas ao sexo? Como vocês avaliam o material de divulgação de informações sobre as doenças relacionadas ao sexo? (APÊNDICE

B). Foi utilizada uma câmera filmadora Sony Handycam HDR-CX405 Full HD, para a gravação das sessões do GF.

Para o levantamento do perfil sociodemográfico dos participantes foi solicitado o preenchimento de uma ficha (APÊNDICE C), a qual contemplava os dados, como idade, estado civil, raça e escolaridade. As perguntas foram feitas aos participantes com o auxílio do intérprete, para fins de preenchimento da ficha.

4.3.4 Análise dos dados

KRUEGER e CASEY (2009) afirmam que há várias possibilidades de análises, e estas dependerão do objetivo do estudo e da forma de registro dos dados escolhidos (transcrição literal, transcrição resumida, anotações, memória). As formas de análise mais comuns são as de sumários etnográficos e as codificações de dados, quando se utiliza a análise de conteúdo (MORGAN, 1998).

IERVOLINO e PELICIONI (2001) afirmam que a principal diferença é que na etnografia a análise será focada nas citações textuais dos participantes do grupo, enquanto na codificação dos dados por análise de conteúdo enfatiza-se a descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões.

Por ser uma etapa da pesquisa qualitativa, para processamento dos dados na presente pesquisa foi utilizado o *Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). As gravações das sessões dos GF foram transcritas e posteriormente os conteúdos textuais foram processados no IRAMUTEQ, que é um software gratuito e desenvolvido sob a lógica da *open source* e ancora-se no ambiente estatístico do *software* R, permitindo o processamento e as análises estatísticas de textos produzidos. O IRAMUTEQ possibilita cinco tipos de análises: análise lexicográfica, pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Dessa forma, no presente estudo foi utilizada a análise multivariada a partir do método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Nesse tipo de análise, realizou-se a obtenção de classes de segmentos de texto (ST) que, ao mesmo tempo, apresentaram vocabulário semelhante entre si e vocabulários diferentes dos ST das outras classes. Essa análise se baseia pela proximidade léxica e pela ideia de que as palavras usadas em contexto similar estão associadas ao mesmo mundo léxico, a partir do Qui-quadrado do vocabulário (CAMARGO e JUSTO, 2013).

OLIVEIRA (2015) afirma que esta é uma das análises mais importante do IRAMUTEQ, o software utiliza a lógica de correlação, as segmentações do corpus textual, junto com a lista de formas reduzidas e o dicionário embutido para apresentar um esquema hierárquico de classes. O software processa o texto de modo que possam ser identificadas classes de vocabulário; dessa forma, é possível inferir quais ideias o corpus textual deseja transmitir.

Ainda foi realizada a análise da técnica de nuvem de palavras, que é um método que agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência, possibilitando rápida identificação das palavras-chave do corpus textual e análise lexical simples (CAMARGO e JUSTO, 2013).

As técnicas de análises permitem, de forma simples, a sua identificação por meio de um arquivo único, devidamente configurado em formato de texto (.txt) ou odt e denominado *corpus* e segmentos de texto, que corresponde aos textos originais do grupo focal (CAMARGO e JUSTO, 2013).

A análise interpretativa do *corpus* se deu pela análise de conteúdo segundo BARDIN (2011), que, na abordagem quantitativa, traça-se uma frequência das características (palavras) que se repete no conteúdo do texto e, na qualitativa, considera-se o conjunto de características em um determinado fragmento do conteúdo, e este será possível com o uso do IRAMUTEQ. A análise de conteúdo constitui em três fases fundamentais, que são elas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

As sessões dos grupos focais foram gravadas, mediante a interpretação e tradução realizada por um profissional interprete em Libras. Os áudios verbalizados pelo intérprete foram gravados e transcritos, e posteriormente realizado o processo de transformação do conteúdo textual advindo das gravações dos áudios dos grupos focais que foram pré-analisados e posteriormente transcritos, em um *corpus* único, subdividido entre linhas de comando para cada grupo focal. O *corpus* conteve todos os textos em um único arquivo compatível com o programa OpenOffice (disponível em <https://www.openoffice.org/>), salvo no formato texto (.txt), o qual foi separado por linhas de comando de acordo com as variáveis da pesquisa: sexo e idade.

Posteriormente, foi realizada uma primeira leitura do material, para obter as primeiras inferências dos resultados alcançados e verificar possíveis inconsistências que pudessem atrapalhar o resultado das análises. Logo, ocorreu o processamento dos dados e as informações geradas foram analisadas e interpretadas no tópico seguinte.

Três etapas foram necessárias para a realização da Classificação Hierárquica Descendente CHD: preparação e codificação do texto inicial, classificação hierárquica descendente e interpretação das classes. O *corpus* constituiu-se de um conjunto textual centrado em um único tema (monotemático), definido como o conhecimento do surdo acerca das IST. As linhas de comando e as variáveis, contendo asteriscos, foram: *gru_1 (grupo focal um), *gru_2 (grupo focal dois), *ctx_1 (contexto, conhecimento do surdo acerca das ist), *ida_1 (faixa etária) *ida_2 (faixa etária), *sex_2 (sexo feminino e masculino). O tempo de processamento do software Iramuteq® foi de aproximadamente 25 segundos, o que é considerado relevante nessa etapa.

Para a análise de CHD, é necessário ter um percentual de aproveitamento de no mínimo 70% de ST pelo IRAMUTEQ, tendo em vista que, se a retenção for menor que esta, o corpus não é representativo para este tipo de análise, ou que o conteúdo do corpus é muito diversificado, não permitindo hierarquizá-los (CAMARGO & JUSTO, 2016). Na presente pesquisa, obteve-se um aproveitamento de 71,6% de ST.

4.3.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil, e aprovado com parecer nº 3.722.262.

Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, da justificativa e da relevância, e aqueles que aceitaram participar do estudo, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de garantir o sigilo e anonimato dos participantes, foram atribuídos à fala dos mesmos a letra P, seguida de algarismo arábicos (1, 2, 3...), e ainda, para identificar o grupo, foi atribuído GF, seguido de 1 ou 2. A realização do estudo respeitou os princípios preconizados na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas com seres humanos, respeitando os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, bem como visando garantir os direitos e deveres vinculados à comunidade científica, ao Estado e aos sujeitos da pesquisa. Portanto, serão garantidos o sigilo e o anonimato dos participantes do estudo (BRASIL, 2013).

Considera-se que nenhuma pesquisa envolvendo seres humanos seja isenta de riscos. Por isso, o possível risco de constrangimento dos participantes minimizou-se com a orientação de todas as etapas e os procedimentos que contaram com a participação da população.

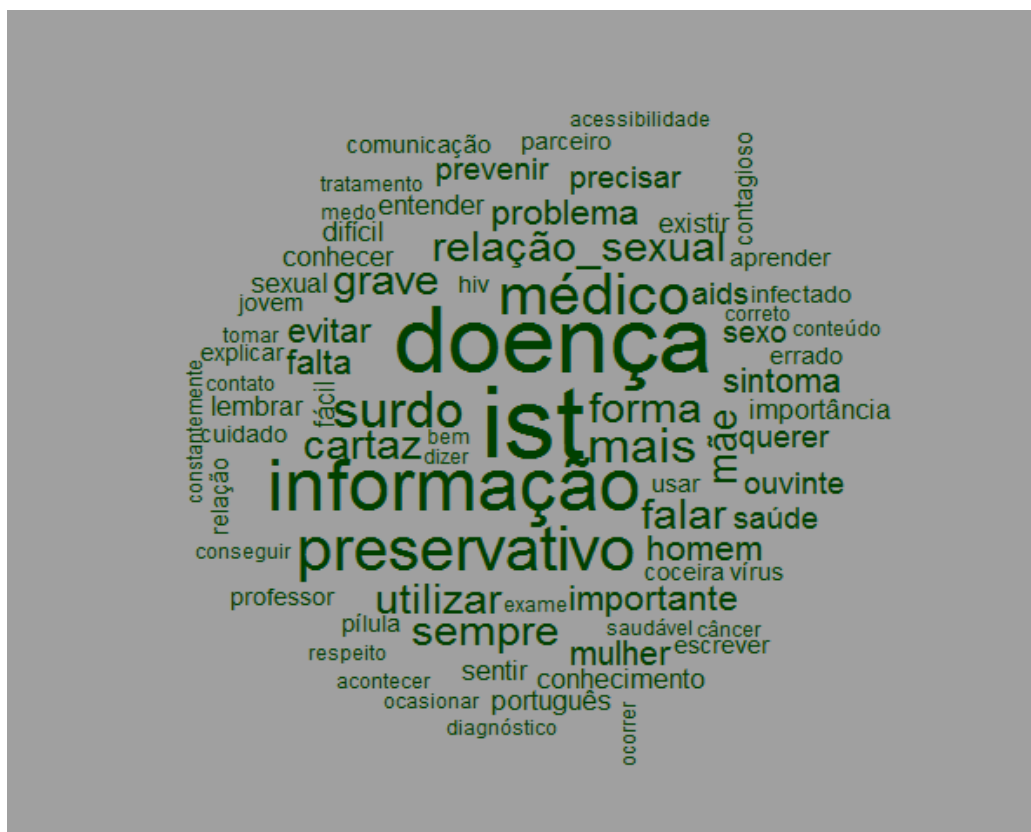
4.4 Resultados e discussão

Dos vinte participantes, nove eram mulheres e onze homens, com idade média de 35 anos, variando de 22 a 49; todos os participantes estavam cursando o ensino médio. Oito eram casados e doze eram solteiros.

4.4.1 Nuvem de palavras

Pelo método de nuvem de palavras, o qual representa o conjunto de palavras agrupadas em relação à sua frequência, obteve-se o destaque dos vocábulos: **doença, IST, relação sexual, preservativo, problema, surdo, informação, cartaz, HIV, evitar, sexo**, conforme na figura 3. Esses vocábulos possuem força maior de expressão, o que sugere uma aproximação do surdo com IST, doença, informação e cartaz, o que corrobora os resultados da Classificação Hierárquica Descendente.

Figura 3 - Nuvem de palavras gerada pelo software IRAMUTEQ – palavras com maior frequência. Redenção 2020.



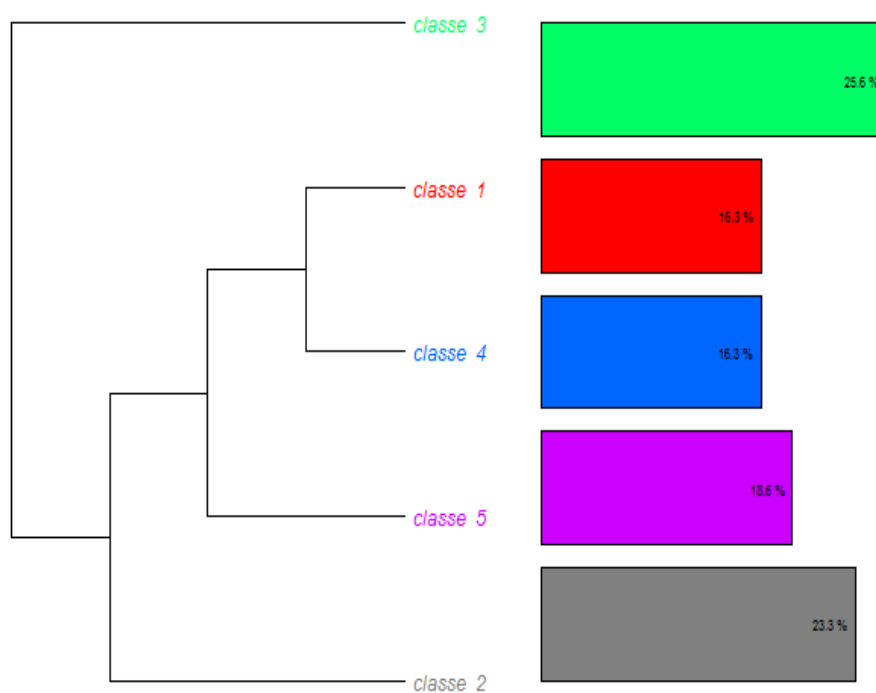
Fonte: própria autora

4.4.2 Classificação Hierárquica Descendente

Apresentaram-se cinco classes que emergiram a partir do processamento do texto, realizado pelo software IRAMUTEQ.

O software processou e organizou os dados em dois textos, distribuídos em 60 Segmentos Textuais (ST), dos quais 43 (71,6%) foram aproveitados. Após o dimensionamento e a classificação dos segmentos dos textos relacionados ao vocabulário, as classes foram definidas em medianas de quatro linhas, conforme representada na figura 4.

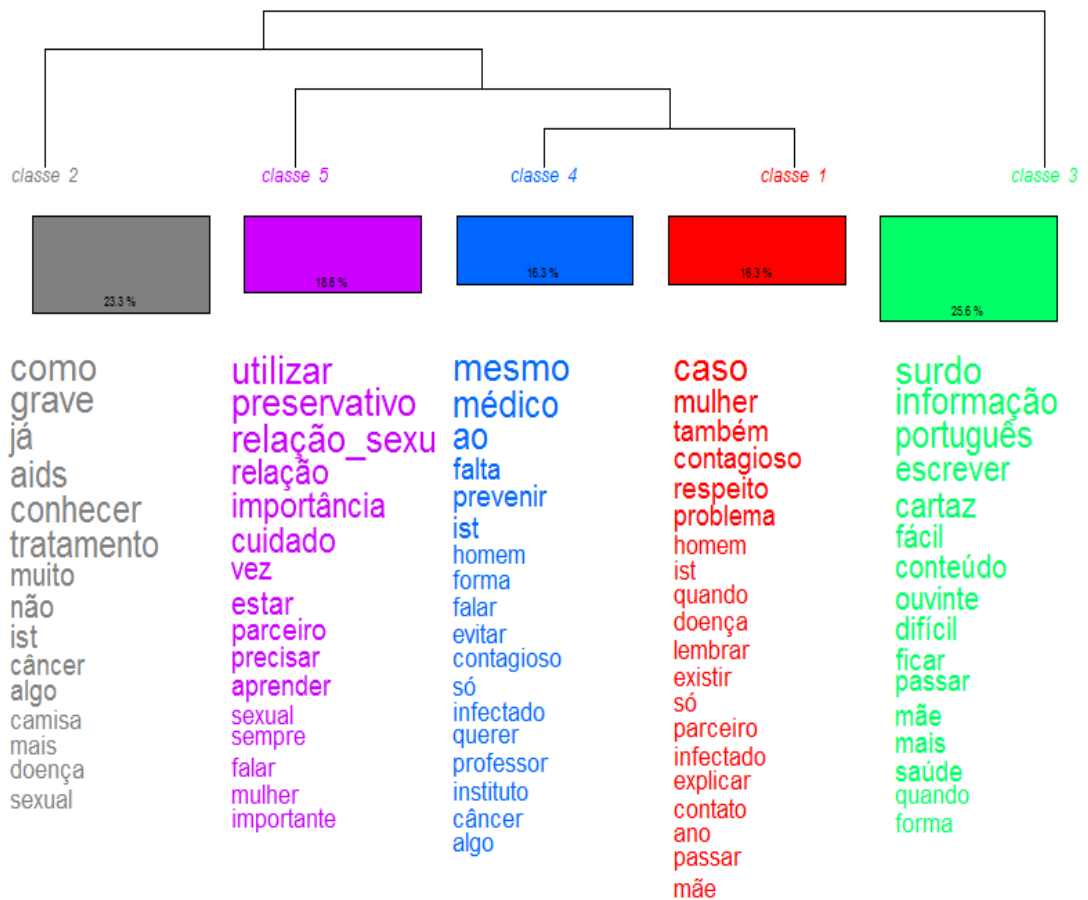
Figura 4 - Dendograma das classes gerado pelo software IRAMUTEQ. Redenção 2020.



Fonte: própria autora

Para cada classe há uma lista de palavras, conforme mostra a figura 5. Essas palavras foram geradas pelo teste “Qui-quadrado” (χ^2), o qual faz referência ao conteúdo e à ocorrência da palavra no segmento do texto na determinada classe, em relação à sua ocorrência no *corpus* (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Figura 5 - Dendograma das classes gerado pelo software IRAMUTEQ. Vocábulos mais frequentes. Redenção 2020.

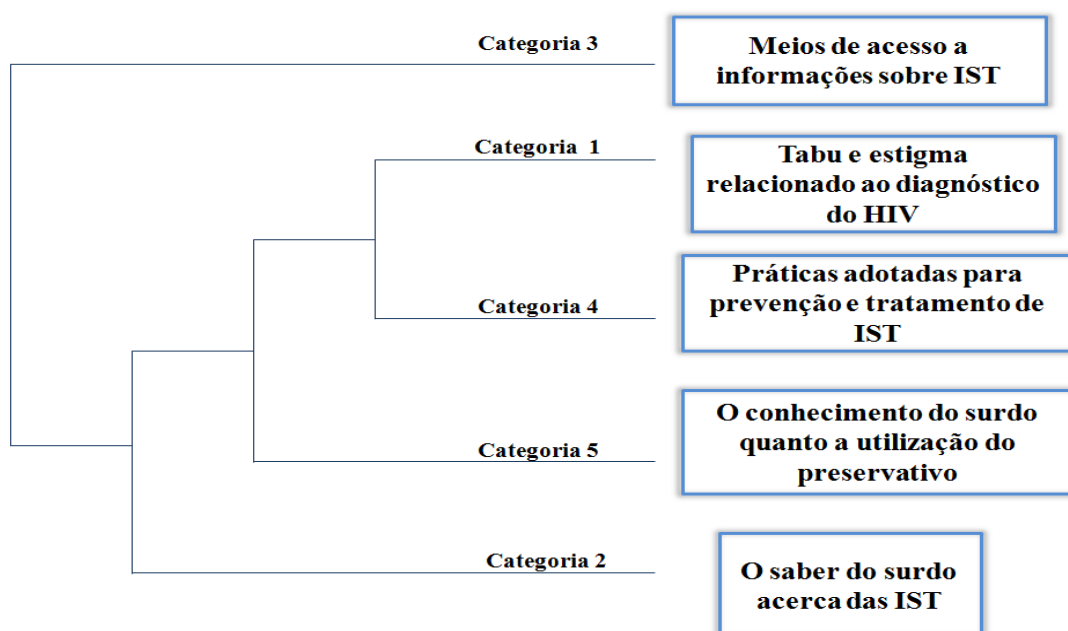


Fonte: própria autora.

4.4.3 Categorias Temáticas

A relação gráfica que foi processada no software IRAMUTEQ apresenta uma aproximação lexical entre as categorias 1 e 4, que são abarcadas pela categoria 5, que está abarcada pela categoria 2. A figura 6 apresenta a disposição das categorias elaboradas de acordo com a interpretação das classes:

Figura 6 - Síntese gráfica das categorias relacionadas ao conhecimento do surdo acerca das ISTs. Redenção 2020.



Fonte: própria autora.

De acordo com as cinco classes geradas pelo processamento dos dados do software IRAMUTEQ, realizou-se a categorização dos dados do corpus textuais; em conformidade com as classes, determinou-se quais as categorias temáticas, que serão apresentadas a seguir em sequência, distintas das classes para melhor entendimento das ideias e para melhor organização dos temas.

Assim, a apresentação da discussão das categorias temáticas obedeceu à seguinte ordem: 1) Tabu e estigma relacionado ao diagnóstico HIV; 2) O saber do surdo acerca das IST; 3) Meios de acesso a informações sobre IST; 4) Práticas adotadas para prevenção e tratamento de IST; 5) O conhecimento do surdo quanto a utilização do preservativo.

4.4.4 Tabu e estigma relacionado ao diagnóstico HIV

A classe um apresentou os seguintes vocábulos: caso, mulher, contagioso, respeito, problema, homem, IST, explicar. Esses vocábulos apresentaram-se mais frequentes exatamente nessa classe.

Nessa categoria, os surdos expressaram aspectos de ansiedade e medo quanto à forma de identificação e tratamento de uma IST. Foi identificado, por meio dos relatos, receio na

procura por uma assistência à saúde, seja ela na atenção primária ou terciária, por medo de serem diagnosticados de forma errada, devido à falta de acessibilidade na comunicação com os profissionais da área da saúde.

A falta de conhecimento em Libras dos profissionais da área da saúde é um problema que impede o acesso à saúde, de forma que o surdo se vê ante o medo de ser interpretado de forma errada, e com isso sejam traçados um diagnóstico e um tratamento equivocados. Abaixo algumas expressões dos participantes:

[...] A mulher surda não quer ir ao médico, muitas pensam que não precisam, mesmo estando com uma doença grave, e sabendo que pode piorar e ter um câncer. (P1-GF1)

Eu tenho medo de ir lá e não conseguir passar o que estou sentindo, ou eles entenderem errado sabe? Aí me dão um diagnóstico que talvez não seja o que eu tenho, e eu tome remédio a toa. (P3-GF1)

Nós surdos temos esse medo de sermos diagnosticados de forma errada, passamos por esse problema, isso pode acontecer. Para o ouvinte isso é muito fácil, ele consegue se comunicar de forma clara, não tem nenhuma dificuldade. E no hospital não tem intérprete. (P7-GF2)

Fica mais fácil quando o surdo é oralizado e consegue passar e entender mais informações. (P2-GF2)

Tenho medo de dizer algo que esteja sentindo e o médico não entender e me diagnosticar com uma doença errada, e algo que seja simples vire um câncer. (P1-GF1)

A comunicação verbal utilizada pelos profissionais da saúde é insuficiente para criar um vínculo com os pacientes surdos, a ponto de possibilitar erros nos diagnósticos e no tratamento das patologias, sendo necessária a substituição da linguagem verbal por outros artifícios, tais como a linguagem viso-espacial, que permite ao surdo compreender e significar as informações transmitidas (FONTANA, SCHWINDERK E TRINDADE, 2018).

Corroborando essa ideia, o estudo aponta que a maioria dos profissionais não tem domínio desse meio de comunicação e passam a utilizar outras ferramentas, como linguagem escrita ou a leitura labial. Nesse estudo, o participante surdo afirma que o médico escreve tudo no papel, mostra-o e fica difícil a compreensão, pois o surdo entende língua de sinais, que é diferente do português. Tem muitas palavras em português que não conhecem (OLIVEIRA, CELINO E COSTA, 2016).

É possível identificar a alternativa da leitura labial como meio de comunicação que facilita a interação do profissional da saúde com o surdo, pelo participante P2-GF2, ao afirmar que o surdo oralizado tem mais facilidade em passar e receber informações, no entanto vale ressaltar que nem todos os surdos são oralizados.

Estudos acerca dos problemas de acesso à saúde dos surdos podem se constituir como um importante subsídio para o planejamento de ações voltadas para o treinamento e a capacitação de recursos humanos no atendimento de pessoas com esse tipo de deficiência, bem como adaptar os métodos já utilizados na transmissão de informações a esse grupo especial (NEVES; FELIPE; NUNES, 2016).

Outro aspecto observado é a falta de privacidade no atendimento dos serviços de saúde, pois na maioria das vezes os surdos são acompanhados por familiares ou amigos, para que possam interpretar a comunicação, essa situação intimidada, limita e compromete as informações passadas para o profissional, como pode observar na expressão abaixo.

Sempre vou com alguém que possa interpretar, não me sinto a vontade de falar sobre IST e câncer com outra pessoa que não seja o profissional, queria mesmo ter uma conversa limpa sabe? Só com o profissional e conseguir me expressar e receber o diagnóstico correto. (P8-G1)

O mesmo se observou em outro estudo realizado em João Pessoa-PB, devido à dificuldade na comunicação entre o profissional da saúde e o surdo; a presença de um acompanhante para interpretar a comunicação torna-se corriqueira para a assistência à saúde dos surdos e isso gera uma perda na privacidade, e ainda, passividade do surdo durante o atendimento, no qual o mesmo não se manifesta e a comunicação ocorre somente entre o profissional da saúde e o acompanhante (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015).

O processo de interação entre os profissionais da saúde e os surdos não ocorre de forma adequada devido à limitação da comunicação, o que desperta, na maioria das vezes, sentimentos de angústia, medo, constrangimento e desconforto, prejudicando a construção de vínculo entre o profissional da área da saúde e o surdo, e conseqüentemente, um atendimento eficaz, integral e holístico que é imprescindível a todos (OLIVEIRA et al., 2015).

Existem as dificuldades de acesso ao serviço de saúde, pois a maioria dos profissionais não receberam capacitações e desconhecem a Libras. Isso prejudica a assistência aos surdos e dificultam o processo de educação em saúde para prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Vale destacar que a Libras possui gramática e vocabulário diferentes da língua portuguesa. Portanto, durante o atendimento aos surdos, é necessário um maior cuidado quanto à utilização de termos técnicos e uma maior atenção na comunicação, para que os mesmos possam receber as informações de forma eficaz (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015).

4.4.5 O saber dos surdos acerca das IST

A classe dois apresentou os seguintes vocábulos: grave, AIDS, conhecer, tratamento, IST, câncer. Esses vocábulos também apresentaram mais frequentes nessa classe.

Nessa categoria, os participantes expressaram não conhecer as principais ISTs, foram citados alguns sinais e sintomas, mas não foi feita a ligação a que doença correspondia. Os surdos não demonstraram conhecer a ampla diversidade das ISTs, de modo que a doença mais citada foi HIV e AIDS. A seguir algumas expressões dos surdos.

Sei que das IST tem o HIV que é a AIDS né, algumas doenças contagiosas também, acho que é isso. (P9-GF2)

Não sei o nome, mas tem aquela doença que dá um mau cheiro forte, alguns corrimentos na cor amarelada também, e feridas. Se a pessoa tiver esses sintomas e ela tiver relação sexual com outra pessoa sem o preservativo, pode facilmente contaminar a outra pessoa né. (P5-GF1)

As IST são doenças que podem passar de uma, duas ou três pessoas, é uma doença grave por que atinge um público. (P6-GF1)

Eu conheço algumas, como HIV e aids. Eu sei também que algumas IST podem afetar as regiões dos lábios, da boca, às vezes pelo contato no sexo oral, algumas mulheres podem ter essas doenças contagiosas. (P1-GF2)

Eu não conheço muito dessas doenças, conheço quase zero. (P10-GF2)

Eu acho que corrimento amarelo e febre são sintomas das principais IST, mas não sei qual exatamente. (P4-GF1)

[...] A mulher infectada com uma IST pode futuramente chegar ao óbito. (P7-GF2)

O mesmo se verificou no estudo realizado no Rio Grande do Sul, no qual foi solicitado que os participantes surdos apontassem as doenças que poderiam ser consideradas sexualmente transmissíveis, e apenas sífilis e AIDS foram citadas (FONTANA; SCHWIDERKE; TRINDADE, 2018).

Contribuindo ainda com os achados da presente pesquisa, houve outro estudo realizado com adolescentes surdos em Portugal, no qual foi identificado que a grande maioria dos participantes não tinha ouvido falar sobre a Clamídia, Gonorreia, Herpes Genital, Hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, Sífilis. Neste estudo, das ISTs a mais conhecida pelos surdos é a AIDS (BANDARRA, 2014).

Ainda no estudo realizado por FONTANA, SCHWIDERKE e TRINDADE (2018), evidenciou-se que o conhecimento dos surdos sobre as ISTs quanto à sintomatologia, ao tratamento, à profilaxia e à prevenção eram deficientes, bem como as principais formas de

transmissão e os comportamentos de risco que poderiam ocasionar uma IST, ao relatar apenas o ato sexual como fonte transmissora.

SANTOS e SHIRATORI (2004) afirmam que, se os surdos tivessem acesso e inclusão nos programas de saúde promovidos pelo Ministério da Saúde, muitos problemas poderiam ser evitados e mais ações junto aos surdos seriam realizadas.

Outra situação mencionada nos relatos dos surdos é a predominância das informações equivocadas acerca do HIV e da AIDS, tais como forma de transmissão e tratamento, conforme é visto nos relatos abaixo.

Quanto a doença da Aids, não só a Aids, mas como câncer e outras doenças que são graves, existe um tratamento que pode ser vacina ou medicação. Não sei como funciona o tratamento para essas doenças graves. (P1-GF1)

Sei que quando a pessoa é infectada pelo HIV a Aids né, ela passa ter vários sintomas, como coceira também. (P5-GF2)

Na verdade, não sei como é o tratamento da Aids. (P7-GF2)

Já fiz vários exames periódicos, mas não sei como é o tratamento da Aids. (P8-GF1)

Sei que você não pode beber no mesmo copo da pessoa com HIV, se ela tiver um corte na boca, ou feridas, sei lá, posso correr o risco de pegar também (P10-GF2).

Foi possível identificar no estudo de SANTOS, MORORÓ e SILVA (2018) que os surdos ao serem questionados acerca do HIV ter cura, a maioria dos participantes respondeu que sim, bem como foi possível identificar informações equivocadas acerca da transmissão do HIV.

Estudo realizado em Portugal com surdos evidenciou o desconhecimento dos participantes quanto à diferença entre HIV e AIDS; para os participantes tratava-se da mesma doença (BANDARRA, 2014). O mesmo ocorre no presente estudo ao observar o trecho da fala a seguir.

Sei que quando a pessoa é infectada pelo HIV a AIDS né [...] (P5-GF2).

Sei que das IST tem o HIV que é a AIDS [...] (P7-GF2).

Diante do exposto, observa-se que os surdos detêm pouco conhecimento acerca do que é HIV e AIDS, bem como das formas de transmissão e tratamento; conclusões semelhantes chegaram de BANDARRA (2014) e FONTANA; SCHWIDERKE; TRINDADE (2018). Esses achados reforçam a constatação de que os surdos possam estar em risco, tendo em vista que desconhecem as formas de prevenção.

Pode-se inferir que os surdos estão em situação de vulnerabilidade frente ao HIV e outras ISTs, o que reforça a necessidade de intervir com ações educativas quanto às formas de prevenção de transmissão, sendo necessária a implantação de ações transdisciplinares, a fim

de desenvolverem atividades educativas envolvendo os saberes específicos dos profissionais da saúde com a experiência dos professores sobre a comunidade surda (FONTANA; SCHWIDERKE; TRINDADE, 2018).

Desse modo, são necessárias mudanças em todos os níveis, com o intuito de garantir que as Pessoas com Deficiência tenham acesso aos serviços de saúde, infraestrutura, intérpretes de sinais e materiais acessíveis, programas que favoreçam a redução do estigma na comunidade associados ao HIV. Tais intervenções fazem parte de um compêndio, que visa favorecer o conhecimento e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida (TUN *et al.*, 2016).

4.4.6 Meios de acesso às informações sobre IST

A classe três apresentou os seguintes vocábulos: surdo, informação, português, escrever, cartaz, conteúdo, ouvinte. Esses vocábulos, também, apresentaram-se mais frequentes nessa classe.

Nessa categoria foi possível observar, por meio das expressões abaixo, que os participantes buscam informações acerca das ISTs, nos meios de comunicação, como TV e nas instituições de saúde, com os profissionais da saúde, mas devido à barreira na comunicação essas informações não são absorvidas pelos surdos.

Um grande problema também é a falta de acessibilidade nos ambientes de saúde, por que a comunicação não é fácil, alguns surdos não gostam de ir até lá e não ter acessibilidade. (P3-GF1)

É importante que os ambientes de saúde tenham um intérprete para poder auxiliar na comunicação. (P5-GF2)

O governo faz campanha, divulga com cartazes de cuidados com as IST, na televisão não vejo propagandas, só vejo em cartazes mesmo, e nem sempre compreendo perfeitamente o que está no cartaz, por que está escrito para os ouvintes em português. (P1-GF2)

Eu também vejo algumas informações em cartazes nos postos de saúde, mas em outro meio de comunicação é muito difícil de ver, como a colega falou nem sempre é compreensível para nós surdos, os cartazes. (P9-GF2)

São necessários mais conteúdos visuais para nós surdos, nos cartazes. Os cartazes são escritos para os ouvintes. (P6GF1)

É muito difícil conversar com um profissional da saúde sobre esse assunto. Geralmente é tudo escrito em português. (P2-GF1)

Para o ouvinte isso é muito fácil, ele consegue se comunicar de forma clara, não tem nenhuma dificuldade. E no hospital não tem intérprete. (P8-GF1)

Estudo realizado nas unidades básicas de saúde investigou se os materiais de divulgação sobre as doenças apresentavam informações de forma entendível à população de

surdos, e foi possível identificar que as cartilhas atendiam parcialmente esse público (MIRANDA, 2015).

Um dos grandes desafios encontrados pelos surdos, em relação a atendimentos em saúde, é a falta de profissionais capacitados em Libras, o que faz com que a busca por informações por parte desses usuários seja fragmentada, e em muitos casos perdidas durante o processo de educação em saúde (BENTO e BUENO, 2005).

Em se tratando da população surda, as informações devem ser disponibilizadas de forma mais específica, uma vez que deve ser considerado que o surdo possui uma forma diferente de captação da leitura (MIRANDA, 2015).

Para a elaboração de um material educativo para o público surdo é necessário que sejam utilizados recursos e estratégias diversificadas, como recursos visuais, por exemplo, álbum seriado, cartilhas e vídeo adaptado para essas pessoas, tendo em vista os relatos dos participantes tem um forte apelo: “o que falta é visual, nós surdos precisamos”.

SOUZA *et al.*, (2017) afirmam que os surdos apresentam condições de saúde inferiores em relação às dos ouvintes e acessam os serviços de saúde de maneira diferente. Os conhecimentos adquiridos pelos surdos sobre saúde são adquiridos em diferentes meios de comunicação, como família, amigos, televisão, materiais escritos e na Internet, como pode ser observado nas falas abaixo.

A minha mãe que explicou para mim a importância de ter cuidado na relação sexual, foi ela que me ensinou. Foi aí que percebi os problemas que tinha que evitar. (P3-GF2)

Eu também tive muita ajuda da minha mãe, ela que me explicou quando eu tinha onze anos, aprendi bastante. (P4-GF2)

Minha mãe já me falou, que eu precisava me prevenir, ter cuidado, sempre que eu for ter relação sexual com alguém, que eu utilizasse camisinha. (P9-GF1)

Me lembro que minha mãe que me falou, filho aqui no posto de saúde distribuem camisinhas[...] (P7-GF1)

Quando eu tinha quinze anos, eu não entendia o que estava escrito nesses cartazes, minha mãe que me passou e explicou o que estava nos cartazes. Para mim é difícil, por que o conteúdo é em português. (P8-GF1)

Se nós surdos não tivermos uma mãe ou um parente próximo para passar essas informações e nos orientar, eu não ia ter essas informações de forma fácil. (P6-GF2)

É possível observar a figura da mãe como a principal fonte de busca de informação dos surdos. Esse referencial mostra-se de extrema importância no campo da educação sexual do surdo. ROSA, ORLANI e BELUSSO (2016), confirmam a ideia, ao identificar em seu

estudo que os pais e familiares são mediadores e participantes ativos no que concerne à vivência sexual dos surdos.

Em contrapartida DREYER, MATEUS e GONÇALVES (2018) afirmaram em seu estudo quanto aos meios utilizados para captar informações a possibilidade de se observar que os pais não foram os responsáveis por ensinar ou passar conceitos básicos acerca das ISTs.

BANDARRA (2014) observou em seu estudo que 35,% dos surdos teve na escola maior acesso à informação sobre as ISTs, seguido de 22,6% nos amigos e de 22,5% na internet; já com a percentagem menor de 6,5% encontrou na família e na Televisão, com 3,2% nas revistas e no Sistema Nacional de Saúde.

FONTANA, SCHWIDERKE, TRINDADE (2018) também identificaram em seu estudo que a origem das informações acerca das ISTs que os surdos recebiam era familiar; a mãe era a figura que orientava sobre os assuntos. Sendo palestras citadas como a segunda ferramenta de informação. Em seu mesmo estudo, quando os participantes foram indagados acerca de eventos com a participação dos profissionais de saúde nas orientações sobre as ISTs e sua prevenção, todos afirmaram nunca ter participado de eventos organizados por esses profissionais, somente a mãe e os professores passaram algumas breves informações sobre AIDS.

Pode-se observar nas falas abaixo a figura da escola, sendo os professores responsáveis por mediar as informações acerca das ISTs.

[...] Alguns professores já falaram das doenças, mas eu queria muito rever, pois eu não me lembro. Não sei onde possa buscar essas informações. (P8-GF1)

Ao ter relação com outros parceiros, o cuidado que temos que ter, tudo isso eu aprendi em oficinas aqui no instituto. (P4-GF1)

[...] Mas no meu ponto de vista o que falta é visual, nós surdos precisamos. (P2-GF2)

CUNHA (2015) afirma que a escola deve promover um ambiente acolhedor e que colabore com a integração dos alunos surdos, a fim de possibilitar a absorção de valores culturais, afetivos, cognitivos e sociais. A troca de conhecimento entre o professor e o aluno surdo deve ser a extensão da família; o espaço educacional faz esse papel, de tornar possível a melhor forma de comunicação e aprendizagem, livre de qualquer tipo de discriminação.

É possível observar, por meio das falas, que o ambiente escolar, bem como a figura do professor, é acolhedor e proporciona aos alunos surdos segurança e interação entre eles.

4.4.7 Práticas adotadas para prevenção e tratamento de IST

A classe quatro apresentou os seguintes vocábulos: mesmo, médico, prevenir, IST, homem. Esses vocábulos apresentaram-se mais frequentes nessa classe.

Nessa categoria buscou-se identificar, por meio das falas dos participantes surdos, a sua experiência em relação à busca por prevenção e/ou tratamento de uma IST.

É possível identificar, nas falas abaixo, a busca de atendimento nas unidades de saúde quando os surdos apresentam alguma manifestação clínica. Quanto à prevenção, apenas um participante relatou o uso do preservativo como método; é perceptível que ainda há uma desinformação quanto às formas de prevenção.

Quando acontece alguma doença grave comigo, que não sei o que é, que não tenho conhecimento, vou até o médico. (P2-GF2)

Melhor forma de evitar uma IST é ir constantemente ao médico, fazer exames de sangue. Eu sempre vou. (P7-GF2)

Eu sei que um dos métodos mais simples de prevenção é o uso do preservativo, está constantemente fazendo exames para saber se tem alguma doença. (P7-GF1)

Em relação à procura pelo profissional da saúde no aparecimento de alguma alteração no corpo, FONTANA, SCHWIDERKE, TRINDADE (2018) evidenciaram que todos os participantes surdos afirmaram procurar uma assistência.

Em contrapartida o estudo realizado por BANDARRA (2012), evidenciou que a maioria dos participantes surdos não procuravam uma unidade de atendimento para obter informações acerca da prevenção das ISTs, no entanto ao serem questionados quanto à suspeita de diagnóstico de uma IST, que para eles indicaria uma possível doença, a maioria respondeu que procuraria uma unidade de atendimento.

VALENTE, AMOEDO, NASCIMENTO (2017) identificaram em seu estudo que, ao indagar os surdos acerca da frequência que procuravam os serviços básicos de saúde, a grande maioria dos participantes afirmaram que pouco usavam o serviço básico de saúde; quando questionado sobre o uso de medicação sem orientação dos profissionais da saúde, mais da metade dos participantes afirmaram que faziam ou já fizeram automedicação.

Por ser uma comunidade minoritária, os surdos enfrentam inúmeras barreiras na acessibilidade a diversos serviços, como nos serviços de saúde. Por essa razão, surge a necessidade de investigação sistemática dos principais desafios vivenciados pelos surdos no atendimento das Unidades de Saúde, no Brasil (PIRES e ALMEIDA, 2016).

Para garantir uma assistência em saúde, eficiente e satisfatória para os surdos, deve-se começar pelo acesso aos serviços de saúde. Os termos acessibilidade e acesso são complementares, já que a acessibilidade permite que as pessoas cheguem aos serviços e o

acesso permite o uso oportuno desses mesmos serviços para que se possa alcançar os melhores resultados. Se a acessibilidade não for garantida, poderá gerar obstáculos ao surdo, inviabilizando, desta maneira, o acesso aos serviços de saúde (NEVES, FELIPE e NUNES, 2016).

4.4.8 O conhecimento do surdo quanto da utilização do preservativo

A classe cinco apresentou os seguintes vocábulos: utilizar, preservativo, relação sexual, importância e cuidado. Esses vocábulos apresentaram-se mais frequentes nessa classe.

Nessa categoria, buscou-se identificar, por meio das expressões dos participantes surdos, o seu conhecimento quanto à utilização do preservativo e à sua finalidade.

Evidencia-se, nas falas abaixo, o conhecimento do surdo quanto à importância da utilização do preservativo para evitar as ISTs; no entanto, é possível observar a falta de conhecimento quanto à forma de utilização e manuseio, bem como foi possível identificar, por meio de um participante, o conhecimento errôneo quanto à prevenção das ISTs ao citar o anticoncepcional como método de prevenção.

[...] Sempre que eu for ter relação sexual com alguém, que eu utilizasse camisinha. Isso é importante, por que isso evita infecções, as doenças que são contagiosas. (P6-GF2)

Eu sei que é importante usar camisinha para prevenir as IST. Quando eu estava no oitavo ano o professor falou sobre sexualidade e algumas importâncias de utilizar preservativos. (P10-GF2)

Me lembro que minha mãe que me falou, filho aqui no posto de saúde distribuem camisinhas, para que você possa ficar protegido quando for ter relação sexual. (P7-GF1)

Não conheço muito os preservativos, mas sei que a camisinha e o anticoncepcional é uma forma de se prevenir. (P9-GF1)

Em se tratando do comportamento sexual preventivo, envolvendo tanto a prevenção das ISTs, quanto da gravidez, os participantes surdos de um estudo realizado por ROSA, ORLANI e BELUSSO (2016) comprovaram, em suas falas, a importância que dão à adoção de métodos contraceptivos e preventivos.

O mesmo ocorreu no estudo realizado por BANDARRA (2012) no qual se evidenciou que a maioria dos participantes surdos tinha conhecimento quanto ao uso correto do preservativo para se proteger das ISTs, e ainda, que 80% dos participantes acreditavam nas propriedades preventivas dos contraceptivos em relação às ISTs.

Quanto à utilização e ao manuseio, foi observado no estudo de TOUKO et al., (2010) que 15% dos participantes surdos nunca utilizaram preservativo, pois afirmaram que não tinham domínio do uso e tinham dificuldade de convencer o parceiro a usar. Quanto ao domínio do uso, evidenciaram-se relatos similares, como pode ser visto abaixo.

Sei que é importante utilizar preservativo, mas não sei direito como usar, como colocar sabe, é difícil da gente ver essas informações desse jeito, os anúncios são sempre escritos em português. (P4-GF1)

Estudo realizado com universitários surdos identificou que os participantes citaram o preservativo masculino como o mais utilizado, seguido pelo anticoncepcional em pílula e o injetável. Destaca-se que os universitários entrevistados demonstraram preocupação em relação à prevenção, no entanto foram relatados alguns motivos para não utilizar o preservativo, como confiança no(a) parceiro(a), contestação pessoal do(a) parceiro(a), a relação sexual de curta duração e não ter o preservativo no momento da relação sexual (GUIMARÃES, et al., 2019).

Os investimentos em prevenção contínua contra as ISTs são propostos por Organizações Não-Governamentais (ONGs) e Organizações Governamentais, sedimentando o conhecimento por meio de mídias televisivas e sociais, internet, meios impressos, ou seja, uma infinidade de modos de comunicação. Por outro lado, quando se busca educação sexual para pessoas surdas, existem lacunas a serem preenchidas, devido à ineficiência de produção de materiais educativos para essa população (ARAGÃO et al., 2014).

A prevenção ao HIV tem sido amplamente discutida nos últimos anos, como exemplo são os tipos de prevenção chamadas de combinadas: Prevenção Pré-Exposição (PreP), Prevenção Pós-Exposição (PeP), associadas ao uso de preservativos. No entanto, o investimento para a população surda sobre essas temáticas mostra-se inexistente (ANDERSON; REIRDEN; CASTILLO-MANSILLA, 2016).

Esses achados apontam a necessidade de intervenção, por meio de educação em saúde, com o intuito de ampliar o conhecimento sobre a doença e as formas de prevenção. Diante disso, é necessário que profissionais da saúde atentem para a compreensão deste problema e busquem desenvolver métodos e materiais acessíveis para as pessoas susceptíveis às ISTs, principalmente o HIV (SALES; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2013).

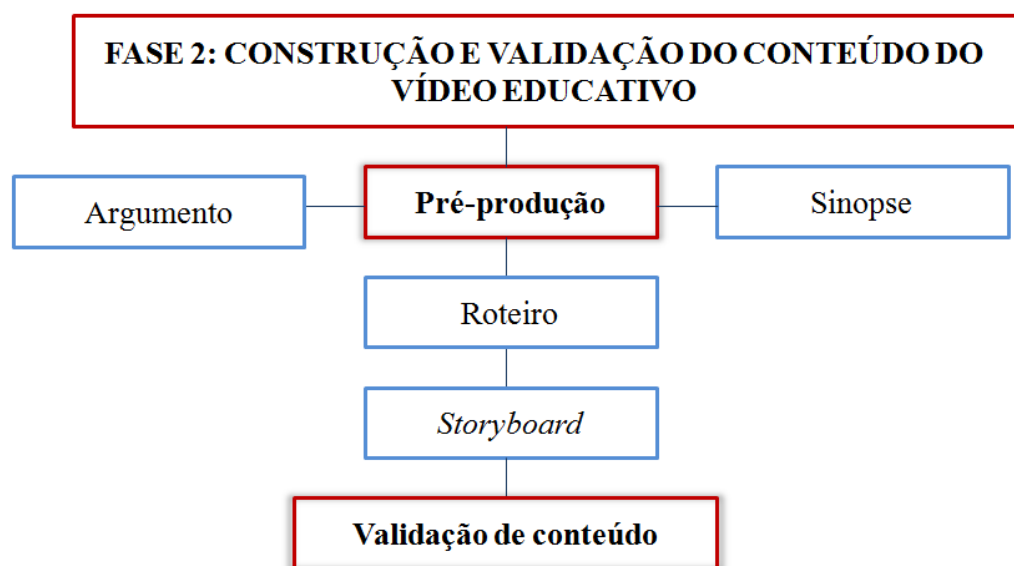
As Tecnologias Assistivas podem reduzir a barreira enfrentada por profissionais da saúde no atendimento dessa população; a utilização desse recurso, muitas vezes, torna-se essencial para efetivação de estratégias educativas. Vídeo educativo constitui-se como

tecnologia assistiva bastante utilizada para a educação em saúde dos surdos (ÀFIO *et al.*,2016).

4.5 Segunda etapa: Construção e validação do conteúdo do vídeo educativo

Seguiram-se as recomendações de KINDEM e MUSBURGER (2005) e FILATRO e CAIRO (2015), conforme figura abaixo.

Figura 7 - Construção e validação do conteúdo do vídeo educativo. Redenção 2020.



Fonte: Produção do próprio autor

Na presente pesquisa foi construído um vídeo educativo sobre HIV para surdo, de acordo com os resultados encontrados na primeira etapa da pesquisa, seguindo-se as recomendações de KINDEM e MUSBURGER (2005) e FILATRO e CAIRO (2015). Dentre as ISTs, foi selecionado o HIV para compor o conteúdo educativo a ser abordado no vídeo, tendo em vista os resultados da primeira etapa desta pesquisa, na qual foi possível identificar o conhecimento errôneo dos participantes surdos acerca do HIV.

4.5.1 Pré-produção: sinopse e argumento

A pré-produção compreendeu o planejamento, o projeto e a preparação do material audiovisual; essa etapa abrangeu todas as atividades que foram abordadas, desde a ideia

inicial até a gravação. O primeiro momento dessa fase coincidiu com a sinopse, que consiste em um resumo de poucas linhas sobre o que o vídeo exibiria (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Assim sendo, elaborou-se a sinopse a seguir:

“Vídeo retrata a situação de um diálogo entre um casal de namorados, através do qual Juliana descobre que seu namorado Thiago, que é surdo, possui HIV. Juliana se questiona quais são as formas de adquirir HIV e deseja conhecer mais sobre a doença, as formas de transmissão e como se prevenir. Por meio de animações e demonstrações, em Libras, será explicado para surdos e ouvintes sobre o que é o HIV, quais as formas de transmissão e tratamento. Tudo isto é elucidado para surdos e ouvintes com o intuito de promover atitudes saudáveis em favor da saúde”

O segundo momento é o argumento, que descreve as características do vídeo, momento em que se define como é a ação do vídeo construído, que pode ser por animação, gravação com bonecos ou mesmo com atores reais (KINDEM; MUSBURGER, 2005).

Na presente pesquisa, o vídeo exhibe informações educativas acerca do HIV, como conceito, prevenção, formas de transmissão, tratamento, mitos e curiosidades. As informações sobre o HIV foram extraídas do Manual do Ministério da Saúde (MS) “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 2020”. Para o tipo de ação do vídeo foram utilizadas animações, caracterizadas por reproduzirem movimento às imagens (FILATRO E CAIRO, 2016).

A animação é favorável no processo de educação, pois é possível narrar fatos, bem como explicar e demonstrar condutas e procedimentos, podendo ser somados a recursos escritos e sonoros. Uma particularidade da animação que se sobressai, quando comparada com a gravação com atores, é a estimulação da curiosidade do espectador, tendo em vista a relação do lúdico e do real (FILATRO; CAIRO, 2016). Tal escolha decorre pela possibilidade de produção mais rápida, além de demandar recursos materiais, financeiros e humanos menores do que comparado a uma gravação com elenco (AMÉRICO, 2010).

4.5.2 Pré-produção: roteiro

O roteiro construiu-se conforme as recomendações de KINDEM e MUSBURGER (2005), com todas as ações detalhadas com o intuito de orientar a equipe que produziu a mídia. Esse foi o guia para a produção da mídia e detalhes da cena, com o objetivo de informar a equipe a respeito do que o espectador vê no vídeo.

O roteiro objetiva ainda, informar textualmente o espectador a respeito do que irá ver e ouvir no vídeo (KINDEM e MUSBURGER, 2005). Para a elaboração do roteiro da presente pesquisa buscou-se ler sinopses de outros vídeos educativos, para que fosse possível extrair as peculiaridades técnicas.

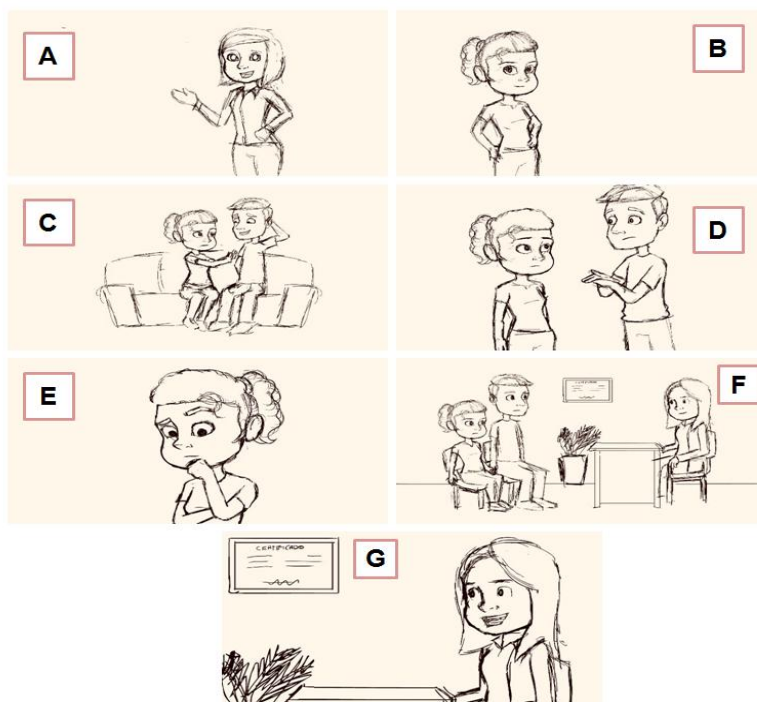
A primeira versão do roteiro constituiu-se com o total de 15 cenas; da cena um à cena quatro deu-se a apresentação do que o vídeo abordaria, apresentação dos personagens e início do enredo.

4.5.3 Pré-produção: *storyboard*

O *storyboard* é a representação das cenas do roteiro em forma de uma sequência de desenhos, similar a uma história em quadrinhos. Essa fase teve o objetivo de facilitar a gravação para a equipe, pois nessa fase é possível visualizar as cenas antes mesmo de serem gravadas (KINDEM; MUSBURGER, 2005).

Para essa fase, a presente pesquisa contou com o apoio de um especialista em desenho, o qual desenvolveu as imagens sequenciais do vídeo educativo. Abaixo seguem algumas dessas imagens.

Figura 8 - Trechos do *storyboard*. – A. apresentadora dando início ao vídeo. B. personagem Juliana. C. Personagem Juliana e Thiago conversando. D. Thiago falando em Libras que tem HIV. E. Juliana com dúvida quanto ao HIV. F. Juliana e Thiago no consultório da enfermeira Ana. G. Enfermeira Ana explicando sobre HIV. Redenção 2020.



A primeira versão do *storyboard* conteve 15 cenas e foi submetido ao processo de validação por partes dos juízes de conteúdo. Apesar do cálculo da população finita definir 11 juízes, participaram desta etapa 12 juízes de universidades respeitadas no cenário científico (Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal do Piauí, Universidade Estadual de Ponta Grossa e Universidade de São Paulo), sendo predominante o sexo feminino com 11 juízes, e um juiz do sexo masculino; quanto à caracterização dos juízes, obteve-se a média de idade de 36 anos, com desvio padrão de 5,8 anos, variando de 31 a 51 anos. Quanto à formação, onze eram enfermeiros e um psicólogo. O tempo médio de formação foi de 11,6 anos, com desvio padrão de 5,5 anos, variando de 4 a 28 anos.

4.5.4 Validação do conteúdo do vídeo educativo

A qualificação ou validação do material educativo tem o intuito de avaliar o mesmo. O termo validade expressa um tipo especial de acurácia. É recomendável que este processo de validação de conteúdo e de aparência seja realizado por juízes na área de interesse do vídeo e levar em consideração que os mesmos deverão ter capacidade de avaliar adequadamente a

representatividade ou a relevância dos itens que serão analisados (ECHER, 2005; JOVENTINO, 2013).

Na validação, o importante não é apenas validar um instrumento e a sua aplicação, mas saber identificar o grau desta validade, pois ela é sustentada por maior ou menor grau de dados científicos. A validade do instrumento mostra em que grau o instrumento mede aquela que suposta deve medir (POLIT; BECK, 2011).

Quando um instrumento é submetido a uma validação, na verdade não é o instrumento em si que será validado, mas sim o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2015).

Para COOPER e SCHINDEER (2003) existem duas principais maneiras de validade, a validade interna e a validade externa. A validade externa se refere à generalização dos dados relacionados às pessoas, aos ambientes e às épocas que estão relacionadas ao instrumento em si. Enquanto a validade interna está relacionada a três configurações de validação, sendo a validação de conteúdo, de critérios e de constructo (PASQUALI, 2013; POLIT; BECK, 2011).

A validação de conteúdo é análise minuciosa do conteúdo do instrumento, que tem como objetivo verificar se os itens sugeridos compõem amostra representativa do assunto a ser mensurado. Nesse tipo de validação, o instrumento é submetido a uma avaliação por peritos no assunto, na qual podem sugerir a retirada, o acréscimo ou a modificação dos itens (PASQUALI, 2013).

A avaliação de conteúdo é um passo essencial no desenvolvimento de novas medidas, pois representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (WYND, SCHMIDT, SCHAEFER; 2003).

A validação do conteúdo foi baseada em julgamento de juízes da área da saúde com experiência em educação em saúde ou Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Para a validação foi utilizado o Instrumento de Validação de Conteúdo, construído e validado por LEITE (2018) (ANEXO A), que contém 18 questões, acerca do objetivo, estrutura, apresentação e relevância. Para cada item avaliado havia um espaço, para que o juiz registrasse suas sugestões, críticas, esclarecimento ou informação que julgasse necessária.

4.5.5 População e amostra da validação de conteúdo

A população foi composta por juízes, cujo número ideal é hipótese de divergência na literatura. PASQUALI (1998) afirma que seis a vinte juízes é recomendável para validação,

enquanto FEHRING (1986) recomenda que o número de juízes seja de 25 a 50; já LYNN (1998) sugere um número mínimo de cinco juízes e um máximo de dez.

Destarte, na presente pesquisa, foi utilizada a fórmula da população finita para estabelecer o tamanho da amostra: População finita: $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P(1-P)/e^2$, na qual Z_{α} é o nível de confiança, que foi usado na presente pesquisa 95%; P é a proporção de juízes que concordem com os itens que foram avaliados, que na presente pesquisa foi usado 85%; e “ e ” que corresponde à diferença proporcional esperada, que foi utilizado 15%. O cálculo final foi de 22 participantes para integrar a amostra. Portanto, foram 11 juízes para validação de conteúdo e 11 juízes para validação de aparência.

PEREIRA (2011) afirma que não há a necessidade de uma representação estatística na seleção da amostra, tendo em vista que o pesquisador estará interessado na opinião de um grupo específico, e não apenas no caráter numérico. Consequentemente, a seleção da amostra dos juízes da validação de conteúdo e da validação de aparência foi definida por meio de uma amostragem não probabilística, do tipo rede de cadeia (bola de neve). Quando um sujeito esteve dentro dos critérios de elegibilidade, este irá sugerir outros possíveis participantes (POLIT; BECK, 2011).

Os juízes de conteúdo foram selecionados conforme recomendou JASPER (1994), que fez sua própria classificação com base nos critérios de FEHRING (1994); exigiu-se uma pontuação mínima de cinco pontos, conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro 6 - Critérios de seleção para juízes para avaliar o conteúdo.

CRITÉRIOS PARA JUÍZES DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	PONTUAÇÃO
Ser doutor	4 pontos
Possuir tese ou dissertação na área de interesse*	2 pontos
Ser mestre	3 pontos
Ter dissertação na área de interesse*	2 pontos
Ter artigo publicado em periódico indexado na área de interesse*	1 pontos
Ter experiência profissional (clínica, ensino ou pesquisa), de no mínimo cinco anos na área de interesse*	2 pontos
Ter especialização na área de interesse*	2 pontos

Fonte: Joventino (2013).

*Área de interesse: Educação em saúde ou Infecção Sexualmente Transmissível

4.6 Terceira fase: Produção do vídeo educativo

Nessa etapa, são realizadas as filmagens das cenas. Outra opção também é, ao invés de filmagem, a utilização de cenas prontas, imagens, esquemas e composições variadas na construção do vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Na presente pesquisa foram utilizadas imagens, a animação computadorizada.

A animação é caracterizada pelo movimento das imagens que é útil na área da educação para narrar fatos, bem como explicar procedimentos e apresentar uma sequência de informações em ordem temporal e poder ser utilizada junto com outros recursos, como escritos e sonoros (FILATRO; CAIRO, 2016).

Após a conclusão da validação do conteúdo do *storyboard*, foi realizada a etapa de produção do vídeo. Nela são utilizados recursos e técnicas para viabilizar a funcionalidade e visualização/construção de insumos que contribuam com a comunicação (FILATRO; CAIRO, 2016).

A produção do vídeo educativo foi realizada por uma empresa de comunicação, que foi contratada para tal finalidade; durante toda a produção foi realizado um acompanhamento minucioso da pesquisadora.

Para a produção do vídeo educativo foi adotada a técnica de animação 2D. A animação 2D faz uso de softwares, nos quais é possível moldar uma estrutura de esqueleto que se mexerá conforme ela é programada. Os processos de texturização, iluminação e movimento são todos aplicados digitalmente, a partir de programação (KAHRAMAN, 2014).

Após a gravação da animação, foi realizada a narração do vídeo em áudio por uma profissional locutora em estúdio. Logo em seguida, foi realizada uma edição no vídeo para a inclusão do áudio e a realização da sincronia com a animação. Após inclusão do áudio no vídeo, foi feita a gravação da narração em Libras em estúdio com um profissional intérprete.

Destaca-se que o conteúdo da narração em áudio e em Libras constava no roteiro e foi validado. Foi realizada a edição do vídeo para sincronia da narração em Libras com a animação.

4.6.1 Pós-produção

Na pós-produção, ocorreu a edição final e a organização das animações e das narrações como um todo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Nessa fase, foram editadas e organizadas as imagens, esquemas e composições variadas do vídeo, bem como verificada a sincronização da narração do áudio, da narração em libras com a animação e inclusos sons instrumentais.

4.7 Quarta etapa: Validação de aparência

A validação de aparência é uma forma de validação subjetiva de um instrumento, na qual o mesmo passa por uma avaliação das pessoas que utilizarão o instrumento, em relação à clareza, à facilidade de compreensão e à estrutura de apresentação do mesmo (SALMONF, 1996; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Quanto à validação de aparência do vídeo, esta foi baseada em julgamento de 11 juízes profissionais intérpretes de libras e/ou educadores com experiência com surdos, com experiência de pelo menos um ano, conforme cálculo da população finita: $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P(1-P)/e^2$

Os juízes de aparência foram selecionados conforme recomendou JASPER (1994), que fez sua própria classificação com base nos critérios de FEHRING (1994), de forma adaptada, na qual foi exigida uma pontuação mínima de cinco pontos, conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro 7 - Critérios de seleção para juízes para avaliar a aparência.

CRITÉRIOS PARA JUÍZES DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA	PONTUAÇÃO
Ser doutor	4 pontos
Possuir tese na área de interesse*	2 pontos
Ser mestre	3 pontos
Ter dissertação na área de interesse*	2 pontos
Ter artigo publicado em periódico indexado sobre área de interesse *	1 pontos
Ter experiência, ou possuir prática profissional recente, de no mínimo, um ano na área de interesse*	3 pontos
Ter especialização na área interesse*	2 pontos

Fonte: Joventino (2013).

*Área de interesse: Interpretação de libras ou Educação em libras

4.8 Coleta de dados e instrumentos utilizados

Os juízes que não atingiram a pontuação mínima foram excluídos. Os juízes que atingiram a pontuação mínima foram convidados a participar do estudo. Cada juiz de conteúdo recebeu um kit eletrônico composto por: a Carta convite (APÊNDICE D); o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) e o instrumento de validação de conteúdo (ANEXO A) e a validação de aparência (ANEXO B).

Foi concedido um prazo de quinze dias para a devolução da avaliação, podendo este ser prorrogado por mais quinze dias. Os avaliadores que não realizaram a devolutiva em trinta dias foram excluídos do estudo.

O instrumento do juiz foi dividido em duas partes: a primeira contendo os dados de identificação do juiz (sexo, titulação, tempo de experiência na área e produção científica) e a segunda contendo as instruções do preenchimento do instrumento e os itens que serão avaliados.

O instrumento com as variáveis a serem julgadas pelos juízes de conteúdo da área da saúde foi o Instrumento da Validação de Conteúdo Educacional (IVCE) de Leite (2017), no qual as variáveis foram: objetivo, estrutura e apresentação, e relevância. O formulário de avaliação (ANEXO A) contém itens com a pontuação de 2 para adequado, 1 para parcialmente adequado e 0 para inadequado. No formulário houve espaço para sugestões e críticas, e comentários a respeito das respostas fornecidas.

O instrumento com as variáveis a serem julgadas pelos juízes de aparência foi adaptado do Questionário de Avaliação de Tecnologia Assistiva (QUATA), construído e validado por GUIMARÃES (2015) (ANEXO B), que contempla, em 14 questões, a compreensão de materiais educativos, dos objetivos, clareza, relevância e interatividade.

4.9 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio dos instrumentos foram digitalizados em um banco de dados do sistema *Excel for Windows* e analisados no *software Statistical Package for the Social Scienses* (SPSS) versão 21.0. Para melhor compreensão dos resultados, os dados foram organizados em tabelas e quadros.

Para análise estatística inferencial foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual permite analisar a proporção da concordância entre os juízes que realizaram a

validação de conteúdo e a validação de aparência (POLIT; BECK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados itens do instrumento e de seus aspectos como um todo. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de 1 a 3, sendo 1 para as respostas Inadequadas, 2 para parcialmente adequada e 3 para adequada (POLIT; BECK, 2011).

O IVC foi calculado por três equações matemáticas: I-CVI, que trata-se da validade de conteúdo dos itens individuais, calculado a partir da divisão entre o número de *respostas positivas* a um determinado critério sobre um número total de respostas dos itens; S-CVI/AVE, que é a média dos índices de validação de conteúdo para todos os índices da escala (POLIT; BECK, 2006).

Foi considerada uma média de concordância de pelo menos 0,8 entre os juízes para que o item seja considerado relevante (PASQUALI, 2010). Os itens que não atingiram a concordância mínima foram revisados ou retirados. Na presente pesquisa, nenhum item foi retirado, pois todos atingiram pontuação igual ou superior a 0,8 (80%).

4.10 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil, e aprovado com parecer nº 3.722.262.

Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, da justificativa e relevância, e aqueles que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, foi atribuída às falas dos juízes de conteúdo a sigla JC, e aos juízes de aparência a sigla JA, ambos seguidos de algarismo arábicos (1, 2, 3...).

A realização do estudo respeitou os princípios preconizados na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas com seres humanos, respeitando os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, sem prejuízo de visar garantir os direitos e deveres vinculados à comunidade científica, ao Estado e aos sujeitos da pesquisa. Portanto, serão garantidos o sigilo e o anonimato dos participantes do estudo (BRASIL, 2013).

Considera-se que nenhuma pesquisa envolvendo seres humanos seja isenta de riscos. Por isso, o possível risco de constrangimento dos participantes foi minimizado com a orientação de todas as etapas e com a participação da população nos procedimentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em três etapas distintas, de acordo com os objetivos do presente estudo. Na primeira, estão descritos os resultados e discussão relativos ao processo de validação do conteúdo do vídeo educativo pelos juízes; na segunda, a elaboração do vídeo educativo; e na terceira, a validação de aparência pelos juízes.

5.1 Primeira etapa: Validação de conteúdo do storyboard

Quanto à titulação, houve a predominância de doutores, pois sete juízes possuíam essa titulação; todos possuíam produção científica na área de IST e/ou HIV. A maioria dos juízes trabalhava em instituições públicas, conforme pode ser visto na tabela abaixo.

Tabela 1. Caracterização dos juízes de conteúdo participantes do estudo, segundo dados sociais e atuação profissional. Redenção-CE, 2020.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	11	91,66%
Masculino	1	8,33%
Idade		
30 – 40 anos	9	75%
41 – 50 anos	3	25%
Formação		
Enfermeiro	11	91,66%
Psicólogo	1	8,33%
Titulação		
Mestrado	5	41,66%
Doutorado	7	58,33%
Trabalha em instituição		
Pública	7	58,33%
Privada	5	41,66%

Fonte: própria autora

Os conteúdos abordados referentes ao tema HIV, quanto ao diagnóstico, às formas de transmissão, prevenção, tratamento, bem como curiosidades, mitos e diferença entre HIV e

AIDS, foram relevantes diante da necessidade de transmissão destas informações, tendo em vista o conhecimento errôneo dos surdos acerca dessa temática.

OLIVEIRA, CARVALHO e PAGLIUCA (2014) afirmam que os conteúdos educativos para a população surda devem ser destinados a promover a saúde, com a finalidade de garantir a efetividade do cuidado. Por conseguinte, destaca-se a importância de validar conteúdo com especialistas no tema, bem como avaliar os aspectos pedagógicos utilizados para surdos, a fim de garantir que o conteúdo seja abordado de modo compreensível para o público-alvo.

Os juízes realizaram a validação do conteúdo do vídeo, a partir da avaliação de três aspectos: objetivo, estrutura e apresentação e relevância. Calculou-se o I-CVI de cada item, e o S-CVI/AVE, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 2- Índice de validade de conteúdo dos itens individuais (I-CVI). Redenção- CE, 2020.

Itens	Julgamento		I-CVI
	Adequado	Adequado com alterações	
	N (%)	N (%)	
Objetivo			
1. Contempla tema proposto	11 (91,66)	1 (8,33)	0,97
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	7 (58,33)	5 (41,66)	0,86
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	10 (83,33)	2 (16,66)	0,94
4. Proporciona reflexão sobre o tema	11 (91,66)	1 (8,33)	0,97
5. Incentiva mudança de comportamento	6 (50,00)	6 (50,00)	0,83
Estrutura e apresentação			
6. Linguagem adequada ao público-alvo	9 (75,00)	3 (25,00)	0,91
7. Linguagem apropriada ao material educativo	11 (91,66)	1 (8,33)	0,97
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo	7 (58,33)	5 (41,66)	0,86
9. Informações corretas	10 (83,33)	2 (16,66)	0,94
10. Informações objetivas	11 (91,66)	1 (8,33)	0,97
11. Informações esclarecedoras	11 (91,66)	1 (8,33)	0,97
12. Informações necessárias	12 (100)	-	1
13. Sequência lógica das ideias	11 (91,66)	1 (8,33)	0,97
14. Tema atual	12 (100)	-	1
15. Tamanho adequado	9 (75,00)	3 (25,00)	0,91

Relevância

16. Estimula o aprendizado	10 (83,33)	2 (16,66)	0,94
17. Contribui para o conhecimento na área	10 (83,33)	2 (16,66)	0,94
18. Desperta interesse pelo tema	10 (83,33)	2 (16,66)	0,94
S-CVI/AVE			0,94

Como evidenciado, o processo de validação confere confiabilidade ao conteúdo abordado no *Storyboard* do vídeo educativo, de modo que o seu uso é respaldado por práticas educativas. O S-CVI/AVE apresentou resultado 0,94 (94%). Todos os itens foram avaliados com uma concordância do I-CVI superior a 0,80 (80%) entre os juízes, com destaque ao item de estrutura e apresentação, no subitem informações necessárias e tema atual, que obtiveram uma concordância do I-CVI entre os juízes de 1 (100%).

Conforme ALEXANDRE e COLUCI (2011), o IVC compreende um método muito utilizado na área da saúde, que mede a proporção ou a porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e dos seus itens.

ÁFIO et al., (2014) afirmam que enfermeiros e profissionais da saúde utilizam com frequência materiais educativos em seu ambiente de trabalho. O autor frisa a importância da necessidade de validação do conteúdo abordado, com instrumentos de medidas confiáveis, para que conteúdos sejam adequadamente analisados e aperfeiçoados antes de chegarem à população alvo.

Considerou-se a validação do *Storyboard* como um passo fundamental, uma vez que atendida as considerações realizadas pelos juízes, possibilitaria o planejamento de forma eficaz, redução de custos e tempo na produção do vídeo educativo.

No que diz respeito ao item objetivo, o menor valor de I-CVI foi acerca do subitem que incentiva mudança de comportamento com 0,83 (83%). No que concerne a esse subitem foi sugerido pelos juízes algumas mudanças que pudessem melhorar o incentivo à mudança do comportamento do espectador surdo, conforme pode ser visto nas falas abaixo:

As informações repassadas a partir da cena 10 poderiam apresentar supostas vivências da própria protagonista [...] a imagem de vivência pessoal estimula a mudança do comportamento. (JC2)

A proposta do trabalho tem como público alvo principal a população surda o que representa um diferencial e relevância importante. Porém, senti falta de representatividade desta população no roteiro. (JC10)

As cenas 10 a 12 como expostas não estimulam o aprendizado, pois não expressam vivências, mas se adequá-las conforme as sugestões propostas na parte de objetivos, expressando essas informações como vivência dos personagens, estimularia o processo ensino-aprendizagem. (JC4)

Os ajustes solicitados a este item foram acatados, sendo reformuladas as cenas de número 10 a 13, nas quais a protagonista Juliana passou a vivenciar a situação referida no roteiro. Com o intuito de incluir uma representatividade da população surda no vídeo, modificou-se o personagem Thiago, o qual tornou-se surdo.

Observa-se que outros estudos que construíram vídeos educativos para surdos, não trouxeram em seu enredo personagens surdos como protagonistas (MAGALHÃES, 2016; GALINDO NETO, 2018). Destaca-se a necessidade de inclusão de personagem surdo em vídeo educativo, tendo em vista a importância da representatividade desta população, bem como a representação de vivência pessoal dos mesmos.

LUNA (2014) desenvolveu um vídeo educativo sobre prevenção das IST para adolescentes. O autor afirma que, ao mostrar em seu vídeo as vivências dos adolescentes, gerou em seu público-alvo discussão, construção de opiniões e reflexões acerca das situações que já haviam vivenciado e que ainda vivenciam.

Corroborando a ideia, LEITE (2017), durante a construção de um roteiro de vídeo educativo para surdos acerca da utilização do coito interrompido, introduziu em seu enredo duas personagens surdas. A autora afirma que um aspecto relevante a ser avaliado em conteúdos educativos é sua inserção na realidade do público-alvo. Conteúdos educativos devem atender às necessidades do público ao qual se destinam, sob o escopo de propiciar impacto, motivação, interesse e significância sobre o assunto abordado.

A inclusão da imagem da população surda em materiais educativos reflete a vivência pessoal do público-alvo, o que possibilita o melhor entendimento por parte da população surda.

No que diz respeito ao item estrutura e apresentação, o menor valor de I-CVI foi acerca do subitem de Linguagem adequada ao público-alvo com 0,91 (91%), Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo com 0,86 (86%) e Tamanho adequado com 0,91 (91%). No que concerne a esse item foi sugerido pelos juízes algumas mudanças, as quais pudessem reduzir o tamanho do texto, aprimorar a linguagem adotada e incentivar o envolvimento do espectador surdo, conforme pode ser visto na fala abaixo:

Textos precisam ser reduzidos e deve-se utilizar uma linguagem mais coloquial. (JC7)

Sugiro a definição de palavras talvez menos utilizada pelo público alvo, como por exemplo: autoinseminação. (JC3)

O texto foi revisado e reformulado, seguindo as sugestões dos juízes, com a finalidade de redução do tamanho do texto, bem como definição de termos técnicos que foram mantidos devido à necessidade de utilização. O mesmo ocorreu no estudo realizado por OLIVEIRA, CARVALHO e PAGLIUCA (2014), ao desenvolverem uma tecnologia assistiva para pessoa com deficiência na temática de amamentação, adotaram uma linguagem popular, no entanto, alguns termos técnicos foram mantidos, para que não houvesse uma desvalidação científica.

A área de saúde é permeada de termos técnicos e de linguagem específica, razão por que a construção de tecnologias que objetivem informar a população acerca de temas da saúde precisa considerar a compreensão da população acerca do conteúdo que é divulgado; caso contrário, os esforços investidos na construção e na divulgação dos materiais serão dissipados diante da inviabilidade de utilização de tais materiais (GALINDO NETO, 2018).

Destaca-se a importância de consultar o público-alvo de destino à tecnologia, bem como pessoas envolvidas no aprendizado dessa população, como professores de Libras e intérpretes, com a finalidade de identificar termos que estejam incompreensíveis ou que possam ser interpretados de forma equivocada, para realização dos ajustes que forem necessários; levando isso em consideração, a validação de aparência do vídeo será realizada por intérpretes e/ou professores de libras.

AHMADI, ABBASI e BAHAADINBEIGY (2015) afirmam que o uso de textos escritos pode ser empregado como recurso de ensino-aprendizagem, no entanto, educadores de surdos enfatizam o uso de conceitos simples, frases curtas e simples de modo a facilitar a compreensão dos surdos.

Destaca-se que o surdo utiliza a Libras, que possui gramática própria e independe de qualquer outra língua. Nesse sentido, o vídeo educativo apresenta narração em Libras, realizado por um profissional intérprete, com a finalidade de evitar palavras não usuais no vocabulário dos surdos.

Apesar das sugestões de definições de algumas palavras, os especialistas validaram o conteúdo e concordaram quanto à clareza, linguagem adequada e sequência lógica das ideias. O mesmo aconteceu no estudo realizado por GALINDO NETO (2018).

Acerca dos subitens de tema atual e informações necessárias obteve-se um I-CVI de 1 (100%), quando todos os participantes julgaram ser adequado.

No tocante do contexto da saúde sexual e reprodutiva, há uma escassez de conteúdo que sejam acessíveis para os surdos, questão urgente que precisa de solução. Nesse contexto,

inclui-se o direito de procurar, receber e transmitir informações e ideias relativas aos direitos sexuais e reprodutivos para essa população (FROHMADER; ORTOLEVA, 2014).

Estudo realizado no Canadá evidenciou que assuntos envolvendo a sexualidade das PcD são menos discutidas pelos profissionais da saúde. (GIBSON, MYKITIUK; 2012). Nesse contexto, destaca-se a construção de tecnologia assistiva com temáticas da saúde sexual, na modalidade vídeo educativo, com o intuito de aumentar o envolvimento entre os profissionais de saúde e o surdo.

A temática da sexualidade ainda é pouco abordada na população surda, assim como é possível observar dificuldades na assistência à saúde voltada para a questão da sexualidade, acentuando-se as possíveis ocorrências das IST nessa população. Nesse contexto, destaca-se a importância da utilização de vídeo educativo sobre HIV para educação em saúde da população surda. ÁFIO et al., (2016) afirmam que o vídeo educativo é uma tecnologia assistiva bastante utilizada para a educação em saúde dos surdos.

Em relação à coesão e à coerência do conteúdo, KHURANA et al., (2016) afirmam ser essencial manter o foco no assunto proposto, no qual exista uma sequência lógica das ideias que compõe tópicos, parágrafos ou trecho. Além de facilitar a compreensão, tal organização proporciona introdução do leitor aos poucos no cenário abordado e evita desconforto.

Os juízes que validaram o conteúdo do vídeo concordaram em relação à clareza, à linguagem adequada e à sequência lógica, tornando o *Storyboard* apto para ser utilizado na produção do vídeo para educação em saúde da população surda.

Quanto ao item relevância, todos os subitens obtiveram valores de I-CVI 0,94 (94%). Considera-se relevante a introdução da temática da sexualidade, no que se refere às ISTs, em especial o HIV, na produção de tecnologias assistiva, do tipo vídeo educativo para população surda, tendo em vista que poucas ações são voltadas no que tange à sexualidade, às ISTs, e em particular HIV.

Na avaliação do domínio relevância, todos os juízes julgaram que o *Storyboard* do vídeo ilustra aspecto importante sobre a temática HIV, com informações relevantes, para que o surdo possa conhecer melhor o HIV.

Estudos mostram que o material educativo, quando é produzido de forma eficaz e adequado para o público ao qual é destinado, pode modificar a realidade de uma população, por isso deve-se considerar o que se pretende informar e quais as expectativas (ZOMBINI; PELICIONI, 2011; OSTHERE et al., 2015). Informações transmitidas de forma correta e eficaz ao público-alvo podem favorecer a independência do mesmo e facilitar a formação de pensamentos críticos e de educação em saúde.

A validade de conteúdo para todos os itens da escala resultou em um valor de S-CVI/AVE 0,94. Ao final da validação, após serem feitas as considerações dos juízes, a versão final do roteiro apresentou 18 cenas.

Um aspecto importante a ser levado em consideração em conteúdos educativos é a sua inserção na realidade do público-alvo. Os conteúdos educativos devem atender às necessidades do seu público, sendo possível propiciar a eles motivação e interesse sobre o determinado assunto.

Portanto, percebe-se que o conteúdo do vídeo conseguiu atender às finalidades, as quais foram planejadas, sendo acatadas as sugestões dos juízes, em sua maioria, por enriquecer e quantificar ainda mais a produção do vídeo educativo.

5.2 Segunda etapa: Elaboração do vídeo educativo

A versão final do vídeo, intitulado “HIV: O que você precisa saber”, com 10 minutos e 26 segundos de duração, armazenado em arquivo MP4, com 248MB de resolução, compreende animações, com legenda em português, com narração em áudio e com narração em Libras. A janela de visualização do intérprete em Libras respeitou a ABNT NBR 15290, de modo que a altura ocupou aproximadamente a metade da tela e a largura da janela ocupou aproximadamente $\frac{1}{4}$ da tela, o que possibilitou destaque e visibilidade para a língua de sinais.

Para a construção das imagens, inicialmente, foi realizado o desenho dos personagens por meio do programa Adobe Animate CC; o estilo da animação utilizou Cut Out, de modo que todos os membros do corpo do personagem que irão se mover, como pernas, braços, mãos, olhos e boca são separados por camadas diferentes, como pode ser visto na figura 9.

Figura 9 - Processo de animação Cut Out.



Fonte: própria autora.

Após a conclusão do desenho, foi empregada a técnica Rigging, que adiciona movimentos aos membros dos personagens. Na figura abaixo, constam o desenho e a imagem final dos personagens.

Figura 10 - Processo de construção das imagens do vídeo.



Fonte: própria autora.

Com o intuito de incluir a imagem do surdo, criou-se o personagem Thiago, que representou um jovem surdo com HIV. Essa etapa da construção do vídeo foi fundamental, tendo em vista o movimento necessário das mãos que a animação do personagem teria que fazer para representar um diálogo em Libras. Esse momento foi representado quando o personagem Thiago fala em Libras para sua namorada Juliana “Eu ter doença HIV”.

O mesmo método foi adotado por SILVA E LINARES (2019) na produção de animação para o público surdo infanto-juvenil, em sua pesquisa para auxiliar na edição dos movimentos, como o dobrar de um dedo ou a rotação de um pulso, os membros dos personagens foram divididos.

ALVES et al., (2016) afirmam que, para uma animação educacional ser atraente e ter sucesso em expor seu conteúdo ao espectador, é importante que o autor estruture sua narrativa desde do início da concepção com o intuito de utilizar elementos do design de conteúdo junto com os já estruturados nas produções audiovisuais.

O apelo pode ser determinado com a criação de personagens cativantes e carismáticos, aos quais o público quer assistir (BECKER, 2015). Para isso, foi criado o personagem surdo Thiago e construídas as cenas em que o espectador surdo possa sentir a empatia com o personagem.

Depois da criação dos personagens, o próximo passo foi a criação dos cenários; o vídeo contou com vários cenários, como sala de estar, sala de consultório de enfermagem e parque; os cenários foram desenhados e coloridos pelo programa Photoshop CC, conforme figura abaixo.

Figura 11 - Cenários do vídeo



Fonte: própria autora.

Cada movimento dos personagens foi feito cuidadosamente, incluindo os movimentos dos lábios e as expressões faciais. Depois que a animação estava completa o vídeo foi salvo e editado pelo programa Premiere Pro, sendo adicionado elementos como músicas, legenda e os ajustes finais; na finalização do processo, o vídeo foi renderizado. No quadro abaixo podem ser vistas as imagens e os conteúdos abordados em suas respectivas cenas.




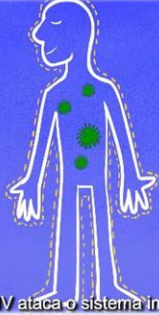
Quadro 8 - Conteúdos abordados em suas respectivas cenas.






CENA	CONTEÚDO ABORDADO
	<p>Apresentadora realiza abertura do vídeo. E indaga o telespectador. “Olá, tudo bem? Você sabe o que é o HIV? Conhece alguém que tenha HIV? Sabe como se transmite? Como se trata? Quer saber como se prevenir? Observe a história a seguir, de um casal de namorados que têm dúvidas quanto à forma de transmissão do HIV, do tratamento e buscam orientações de como se prevenir”.</p>
	<p>Juliana se questiona, pois ainda não teve relação sexual com seu namorado Thiago. Thiago fala para Juliana que tem HIV.</p>

continua

CENA	CONTEÚDO ABORDADO
 <p>Será que posso ter adquirido Aids do Thiago quando o Beije?</p> <p>Será que posso ter adquirido AIDS do...</p> <p>Aids, ou é HIV? Qual a diferença?</p> <p>AIDS ou é HIV, qual a diferença?</p>	<p>Juliana fica surpresa. Surgem várias dúvidas.</p>
 <p>da Unidade de atendimento primário</p>	<p>Thiago chama Juliana para ir conversar com a enfermeira da unidade de atendimento primário para esclarecer sobre HIV.</p>

continua

CENA	CONTEÚDO ABORDADO
 <p>A enfermeira Ana escuta as dúvidas de Juliana</p>  <p>Dr. Ana, o que é esse HIV e AIDS?</p>	<p>Enfermeira Ana escuta as dúvidas de Juliana, que está confusa quanto ao HIV e Aids, o que é HIV e Aids? Como se adquire? Quais os sinais e sintomas? Como se prevenir e como é o tratamento?</p>
 <p>esclarece que a possibilidade de uma conversa</p> <div data-bbox="258 1384 837 1706" style="background-color: #4a4a9a; color: white; padding: 10px;"> <p>A Aids, é uma síndrome causada pela infecção do vírus da imunodeficiência humana HIV</p>  <p>infecção do vírus da imunodeficiência humana HIV</p> </div> <div data-bbox="258 1720 837 2042" style="background-color: #4a4a9a; color: white; padding: 10px;">  <p>O HIV ataca o sistema imunológico</p> </div>	<p>Enfermeira Ana esclarece, que a AIDS não é HIV, elas são distintas.</p>

CENA	CONTEÚDO ABORDADO
<p>Formas de transmissão da doença</p> <p>Sexo vaginal sem camisinha. Sexo anal sem camisinha. Sexo oral sem camisinha</p>  <p>Sexo oral sem camisinha.</p>	<p>Enfermeira Ana esclarece quanto à forma de transmissão do HIV e os mitos quanto à forma de transmissão.</p>
 <p>Quando o organismo não tem mais forças</p>	
<p>MITOS QUANTO A FORMA DE TRANSMISSÃO</p> <p>Beijo no rosto ou na boca</p>  <p>Beijo no rosto ou na boca.</p>	
 <p>que a pessoa infectada com HIV</p>	
<p>MITOS QUANTO A FORMA DE TRANSMISSÃO</p>  <p>Suor e lágrima</p> <p>Suor e lágrima.</p>	

CENA	CONTEÚDO ABORDADO
 <p>O teste rápido detecta os anticorpos.</p>	<p>Enfermeira Ana explica sobre o teste rápido.</p>
 <p>as células de defesa começam a funcionar.</p>  <p>O organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns, essa é caracterizada pela fase sintomática.</p> <p>O organismo fica cada vez mais fraco.</p>	<p>Enfermeira Ana explica sobre os sinais e sintomas.</p>
 <p>Todos os procedimentos, bem como os medicamentos antirretrovirais.</p> <p>Todos os procedimentos,</p>	<p>Enfermeira Ana explica sobre o tratamento.</p>

continua

CENA	CONTEÚDO ABORDADO
 <p>O preservativo, ou camisinha, é o método mais conhecido, acessível e eficaz para se prevenir da infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)</p> <p>O preservativo, ou camisinha,</p>	<p>Enfermeira Ana enfatiza que o preservativo é o método mais conhecido, acessível e eficaz para prevenção do HIV e de outras ISTs.</p>
 <p>Obrigada Ana pelos esclarecimentos,</p>	<p>Juliana e Thiago agradecem pelas orientações</p>
 <p>e dali por diante seguirão todas as orientações</p>	<p>A apresentadora reforça que HIV é uma doença grave, que todos devem se prevenir, que, em caso de dúvidas, deve-se procurar uma unidade de atendimento primário, ou de referência em doença sexualmente transmissível.</p>
 <p>e de forma segura.</p>	<p>Encerramento com casal satisfeito com as orientações recebidas</p>

continua

CENA	CONTEÚDO ABORDADO
<p style="text-align: center;">HIV: O que você precisa saber</p> <p style="text-align: center;">Universidade de integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado em Enfermagem</p> <p>Direção: Ana Priscila Marques Lima Intérprete: Luiz Felipe Ferreira Locução: Érica dos Santos Barreto Animação: Luiz Animações 2D</p>	<p style="text-align: center;">Informações acerca do vídeo (título, direção, intérprete de libras, locução e ilustração/animação).</p>

5.3 Terceira etapa: validação de aparência do vídeo educativo

Participaram desta etapa 11 juízes, sendo predominante o sexo feminino com 8 juízes, e 3 juízes do sexo masculino; quanto à caracterização dos juízes, obteve-se a média de idade de 31,2 anos, com desvio padrão de 5,3 anos, variando de 24 a 40 anos. Quanto à formação, participaram enfermeiro, psicólogo, pedagogo, bacharel em Letras/Libras e assistente social, todos com especialização em tradução e interpretação em Libras. O tempo médio de formação foi de 4,7 anos, com desvio padrão de 3,9 anos, variando de 1 a 15 anos.

Quanto à titulação, houve a predominância de juízes com graduação, 9 juízes possuíam essa titulação, todos possuíam experiência na área de interpretação em Libras e/ou educação para surdos. A maioria dos juízes trabalhava em instituições públicas, conforme pode ser visto na tabela abaixo.

Tabela 3. Caracterização dos juízes de aparência participantes do estudo segundo dados sociais e atuação profissional. Redenção-CE, 2020.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	8	72,70%
Masculino	3	27,30%
Idade		
24 – 30 anos	6	54,54%
31 – 40 anos	5	45,45%

Tempo de experiência

1 – 5 anos	4	36,36%
6 – 20 anos	7	63,63%

Titulação

Graduação e Especialização	3	27,27%
Graduação	9	81,81%
Curso técnico	2	18,18%

Trabalha em instituição

Pública	9	81,81%
Privada	2	18,18%

Fonte: própria autora.

Os juízes realizaram a validação do conteúdo do vídeo a partir da avaliação de quatro aspectos: interatividade, objetivo, relevância, eficácia e clareza. Calculou-se o I-CVI de cada item, S-CVI/ UA e o S-CVI/AVE, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 4- Índice de validade de conteúdo dos itens individuais (I-CVI). Redenção- CE, 2020.

Itens	Julgamento			I-CVI
	Adequado	Adequado com alterações	Inadequado	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Interatividade				
1. O conteúdo está adequado à sua necessidade	7 (63,60)	4 (36,40)	-	0,87
2. Oferece interação no processo educativo	8 (72,70)	3 (27,30)	-	0,90
3. Possibilita acesso sem dificuldade	11 (100)	-	-	1
4. Fornece autonomia para sua operação	9 (81,80)	2 (18,20)	-	0,93
Objetivos				
5. Estimula aprendizado sobre o conteúdo	9 (81,80)	2 (18,20)	-	0,93
6. Estimula aprendizagem de novos conceitos	9 (81,80)	2 (18,20)	-	0,93
7. Permite buscar informações sem dificuldades	8 (72,70)	3 (27,39)	1 (9,10)	0,81
8. Possui apresentação atrativa	10 (90,90)	1 (9,10)	-	0,96

Relevância e eficácia

9. Possui recursos adequados e necessários para utilização	8 (72,70)	3 (27,30)	-	0,90
10. Desperta interesse para utilização	10 (90,90)	1 (9,10)	-	0,96
11. Estimula mudança de comportamento	7 (63,60)	4 (36,40)	-	0,87
12. Reproduz o conteúdo em diferentes contextos	9 (81,80)	2 (18,20)	-	0,93

Clareza

13. Informações apresentadas de forma simples	10 (90,90)	1 (9,10)	-	0,96
14. Possibilita reflexões acerca do conteúdo	8 (72,70)	3 (27,30)	-	0,90
S-CVI/AVE				0,92

Fonte: própria autora.

Como evidenciado, o processo de validação confere confiabilidade a aparência do vídeo educativo, de modo que o vídeo é respaldado para uso entre a população surda. O S-CVI/AVE apresentou resultado 0,92 (92%). Todos os itens foram avaliados obtiveram com uma concordância do I-CVI superior a 0,80 (80%) entre os juízes, o que aponta que o vídeo foi avaliado como compreensível e aprovado quanto à interatividade, objetivos, relevância, eficácia e clareza, com destaque ao item de interatividade; no subitem possibilita acessar o vídeo sem dificuldades, que obteve uma concordância do I-CVI entre os juízes de 1 (100%).

Estudos que desenvolveram e validaram vídeos educativos chegaram a resultados similares e evidenciaram que a utilização de vídeo educativo tem sido uma estratégia promissora na adesão de conhecimentos, nos quais vem desempenhando papel educativo relevante (GALINDO NETO et al., 2019; LUNA, 2014; JOVENTINO, 2013). Principalmente para a população surda, esse é o tipo de tecnologia mais adotada, tendo em vista que é um recurso didático e tecnológico disseminador de conhecimentos, já que associa animação e transição de imagens estáticas ao conteúdo abordado (RAZERA, et al., 2014)

No que diz respeito ao item interatividade, o menor valor de I-CVI foi acerca do subitem “O conteúdo está adequado à sua necessidade” com 0,87 (87%). No que concerne a esse subitem foi sugerida pelos juízes a inclusão de outros personagens surdos no enredo do vídeo educativo. Conforme pode ser visto nas falas abaixo:

Não sei se é possível, já que o vídeo está construído, mas pensei na possibilidade de incluir outros personagens surdos. (JA4)

Nossa, estou surpresa, o vídeo está muito bom, muito atraente. Acho que sugestão seria incluir mais um personagem surdo, ou incluir um personagem interprete. (JA8)

Ressalta-se que as sugestões supracitadas dos juízes foram analisadas quanto à inclusão de mais personagens surdos no vídeo, contudo não foi acatado, tendo em vista a mudança no enredo do vídeo, e ser minoria na sugestão do item avaliado. Apesar da sugestão de mudança, a maioria dos juízes avaliaram o vídeo como adequado quanto ao item de interatividade, como pode ser visto nas falas abaixo:

Há interatividade, parabéns pelo o vídeo, é possível observar que é um vídeo com bastantes recursos visuais. (JA3)

O vídeo está ótimo, bem claro, e de fácil compreensão. (JA5)

Parabéns pelo vídeo, ele está rico em informações, o personagem surdo fez toda diferença. (JA10).

É possível haver interação do surdo com o vídeo, pois ele está sendo representado pelo personagem Thiago (JA6)

Os vídeos, quando são destinados à população surda, necessitam ser caracterizados pela capacidade de atrair a atenção desse público, com seus componentes lúdicos acrescidos e com as potencialidades que este recurso oferece (FARIA, SILVA; 2016).

As ilustrações atrativas, bem como a representação da população surda por meio do personagem Thiago, proporcionaram a possibilidade de interação do público-alvo. NEVES, FELIPE e NUNES (2016) corroboram a ideia e afirmam que o surdo compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais.

LUNA (2014) afirma que vídeos educativos com enfoque nas vivências do público-alvo e com representação do público-alvo favorecem um espaço de aprendizado significativo, mediado pela interação, o que pode ser observado em seu estudo, por meio da interação entre os adolescentes nas cenas de situações do seu cotidiano.

O vídeo educativo possibilita a interação entre a população surda, a qual facilita o processo educativo acerca do conteúdo abordado, ao expor situações que são possíveis de ocorrer na vivência dos surdos.

No que diz respeito ao item objetivos, o menor valor de I-CVI foi acerca do subitem “permite o surdo a buscar informações sem dificuldades” com 0,81 (81%). No que concerne a esse subitem, não houve sugestões, foi relatado pelos juízes que sempre vai haver dificuldades na busca por informações.

Para tanto, identifica-se a importância de ter no vídeo ilustrações, imagens e animações atrativas, que facilitem o entendimento dessa população surda que ainda não tem o conhecimento da Libras. Imagens e ilustrações acerca de determinada conduta possibilita o entendimento dessa população e facilita o processo educacional.

ÁFIO et al. (2016) corroboram a ideia e afirmam que recursos de comunicação, como imagens, animação e cores diferentes são importantes para alcançar o aprendizado da população surda. O auxílio de ilustrações e imagens torna a comunicação mais clara, além de alcançar alto nível de atenção e interesse pelo assunto abordado.

A tecnologia assistiva do tipo vídeo educativo é bastante utilizada na educação em saúde para a população surda. SACKS et al. (2013), em seu estudo com homens surdos, identificou que os participantes aumentaram seus conhecimentos significativamente acerca do câncer de próstata e testículos, após assistirem vídeo educativo acessível.

Resultados similares foram encontrados no estudo realizado por YAO et al. (2012), ao obterem resultados estatisticamente análogos quanto ao aumento do conhecimento de mulheres surdas acerca do câncer do colo de útero por meio de vídeo educativo.

CARNEIRO, NOGUEIRA E SILVA (2018), em seus estudos, identificaram que os surdos consideraram os recursos tecnológicos, como vídeo, um meio facilitador na comunicação entre os surdos, além de possibilitar o acesso às informações sobre o que acontece no mundo, conferindo-lhe uma vida mais autônoma. Diante disto, é possível identificar a eficácia do uso de vídeo educativo para a promoção da educação em saúde e para a população surda.

No que diz respeito ao item relevância e eficácia, o menor valor de I-CVI foi acerca do subitem “estimula mudança de comportamento” com 0,87 (87%). No que concerne a esse subitem, não houve sugestões; foi relatada pelos juízes a dúvida quanto à mudança de comportamento na população surda; a sugestão feita pelos juízes nesse item foi quanto à edição do tamanho da imagem do intérprete na tela, como pode ser visto nas falas abaixo.

Não tenho certeza se o vídeo por si só irá mudar o comportamento do surdo, eles têm muita vergonha de buscar atendimento nas unidades de saúde, pois sempre precisam de alguém para auxiliar na comunicação. (JA2)

Acho que pode mudar o comportamento do surdo, mas para isso teria que ser feito uma avaliação com os surdos. (JA8)

Acho que deveria diminuir o tamanho da janela do intérprete, tem algumas cenas que ele cobre uma parte do personagem. (JA5)

Minha sugestão é quanto a localização da janela do intérprete, está na posição correta, mas seria pertinente diminuir um pouco o tamanho, observei que tem

explicações que ele acaba ficando em cima das imagens (JA1)

O vídeo foi revisado e realizado ajuste quanto ao tamanho da janela do intérprete; após edição, a janela ocupou aproximadamente 1/3 da tela, respeitou a ABNT NBR 15290, e possibilitou destaque e visibilidade para a língua de sinais.

Manteve-se a posição da janela do intérprete na região inferior esquerda da tela. NASCIMENTO (2017) afirma que normalmente a leitura nas sociedades ocidentais inicia pelo lado esquerdo; logo, o posicionamento da janela à esquerda torna-se mais confortável à visualização da língua de sinais, bem como para a absorção das informações visuais do vídeo.

No que concerne à janela do intérprete, NASCIMENTO (2017) afirma ainda que a janela de Libras deve ser discutida não pela sua obrigatoriedade, mas pela sua relação dialógica e dialética com o vídeo como um todo. Deve ser levado em consideração o gênero do público-alvo. Para tanto, na tradução para libras utilizou-se práticas tradutórias intermodais, para que se adequasse ao gênero do público-alvo da presente pesquisa.

Apesar da sugestão de mudança, a maioria dos juízes avaliou o vídeo como adequado quanto ao item de relevância e eficácia, como pode ser observado nas falas abaixo:

Acho que o vídeo é eficaz e muito relevante para população surda, pois contém inúmeras informações que são importantes. (JA3)

Vídeo muito esclarecedor, de grande relevância, tendo em vista que as informações para os surdos muitas das vezes não ocorre em tempo hábil, gerando dúvidas e atrasos nas informações para esses sujeitos. (JA11)

O vídeo traz grandes informações fazendo com que os surdos fiquem ciente do vírus existente. Muito importante ter abordado a importância da busca de atendimento nas unidades de saúde. (JA9)

É notória a relevância do uso de materiais didáticos acessíveis que são fundamentais na transmissão de conhecimento, principalmente sobre a temática da sexualidade, que é pouco abordada no âmbito escolar para a população surda. O vídeo educativo pode ser eficaz ao ser inserido na educação em saúde do surdo, ao ser utilizado no processo de ensino e aprendizado.

PIMENTEL et al. (2018) corroboram ao considerar que o vídeo é uma ferramenta que pode ser incluída no ensino de forma eficiente, pois requer do receptor uma atitude de compreensão, imaginação, na qual possibilita o uso da percepção visual, lógica, emocional e racional.

No ambiente escolar, as informações educativas que são transmitidas aos surdos, muitas vezes, são pautadas pelas dificuldades em trabalhar conteúdos com métodos adequados e específicos, pois a falta de estratégias metodológicas eficientes junto com a

carência da disponibilização de materiais em Libras pode dificultar a comunicação e abordar temáticas pertinentes (PEREIRA; MELO, 2015).

Dessa forma, o vídeo educativo acerca das ISTs, como o HIV, é considerado como um material didático alternativo, a ser utilizado como estratégia de ensino auxiliar na educação em saúde direcionado à população surda.

No que diz respeito ao item clareza, o menor valor de I-CVI foi acerca do subitem “Possibilita reflexões acerca do conteúdo” com 0,90 (90%). Entretanto, no que concerne a esse item não houve sugestões, e não houve relatos dos juízes.

LEITE (2018) sugere que os conteúdos educativos devem ser utilizados tanto por pessoas com deficiências como sem deficiência, com o intuito de promover condições ampliadas de acesso ao conteúdo de forma autônoma e independente. Corrobora os achados da presente pesquisa, ao se observar nas falas abaixo, que a inclusão da narração em Libras, em português, bem como a legenda em português, proporciona condições ampliadas de acesso ao conteúdo. Possibilita o acesso ao conteúdo não somente à população surda, mas à população ouvinte no geral, bem como à população com deficiência visual.

Muito interessante a inclusão das duas formas de narração, e a inclusão da legenda. Têm alguns surdos que entendem um pouco o português. (JA7)

Achei muito bom a inclusão da legenda, torna o vídeo bem mais acessível. Observo que o vídeo foi construído com a verdadeira intenção de inclusão e acessibilidade. (JA4)

De forma geral o vídeo foi acessível aos surdos e muito claro e direto, isso contribui para o entendimento do surdo. (JA11)

No meu ponto de vista o vídeo conseguiu atingir o seu objetivo, achei o vídeo dinâmico e claro nas explicações. (JA10)

Tecnologias são meios criativos e atrativos para distribuir informações; podem favorecer à dinamização do processo ensino-aprendizagem e contribuir de forma a facilitar o trabalho do enfermeiro (ÁFIO et al, 2014). MOREIRA et al. (2015) afirmam que a tecnologia, na modalidade de vídeo educativo, pode contribuir para o aumento da autonomia dos indivíduos e favorecer a participação das pessoas durante uma prática educativa em saúde, a qual possibilita ao profissional de saúde formas inovadoras e interativas de trocar conhecimento com o público.

Vídeos educativos em formato de animações permitem diversão e aprendizado ao mesmo tempo, além de ser atemporal quando comparados com atores. Possui uma grande vantagem como o controle total da imagem e a materialização de objetos, animais, pessoas e seres imaginários (SOUZA; MEDEIROS, 2014; COSTA; BARROS, 2014). Portanto, o

enfermeiro é capaz de se aprimorar nos métodos de desenvolvimento tecnológico para favorecer a promoção da saúde da população surda.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De todo o exposto, foi possível não somente identificar que o HIV é a IST mais citada pelos surdos, como também perceber o quão errôneo é o conhecimento dos mesmos acerca do HIV. O vídeo educativo sobre HIV, desenvolvido no presente estudo, intitulado “HIV: o que você precisa saber”, apresenta validade e representatividade para ser utilizado na assistência e no processo de educação em saúde dos surdos.

É notório que, na implementação de ações em saúde com enfoque na temática da saúde sexual junto a populações vulneráveis, a prática educativa precisa ser direcionada às necessidades do público-alvo. Isso exige que os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, tenham compreensão do contexto sociocultural da população a ser assistida.

Cabe ao enfermeiro comprometido com a qualidade do cuidado ao público surdo reconhecer o vídeo como uma ferramenta educativa útil, diferente e atrativa, que deve ser agregada à prática educativa efetiva e mediadora. Dessa forma, o enfermeiro ampliará os meios de educação em saúde para os surdos, de modo a ser norteado por uma tecnologia educativa fundamentada.

Acredita-se que o vídeo contribuirá para uma nova forma de trabalhar a educação em saúde sexual para surdos, uma vez que utiliza recursos tecnológicos e metodologia que desencadeiam um processo de ensino mediado pelo interesse de aprender, em que o surdo é estimulado a assumir a responsabilidade por aderir às práticas sexuais saudáveis.

Apesar de ter sido utilizada a Libras e a mesma não ser universal, acredita-se que o vídeo poderá ser utilizado nos países da CPLP, uma vez adaptado para a sua língua de sinais. O vídeo contribuirá como um recurso didático e tecnológico disseminador de conhecimentos, que poderá ser utilizado como estratégia para formação da consciência crítica e como forma de promoção da saúde, podendo trazer repercussões na disseminação das boas práticas acerca da temática.

A limitação do estudo versa sobre a não realização teste piloto com público-alvo, bem como o estudo ter sido realizado com surdos inseridos no contexto escolar. Outra limitação aponta-se para a realização do estudo ter ocorrido apenas na região Nordeste do Brasil.

Dessa forma, sugere-se a realização do estudo em outros países, de forma adaptada, uma vez que o mesmo poderá passar por adaptação transcultural. Faz-se necessário, ainda, pesquisas que avaliem o efeito do vídeo educativo na adesão da população surda, tendo em vista que o desenho metodológico da presente pesquisa não permite essa inferência.

REFERÊNCIAS

ABREU, Fabrício Santos Dias; SILVA, Daniele Nunes Henrique; ZUCHIWSCHI, José. Surdos e homossexuais: a (des) coberta de trajetórias silenciadas. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 607-620, 2015.

ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo et al. Analysis of the concept of nursing educational technology applied to the patient. **Rev Rene**. V 15, n 1. 2014.

ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo et al. Avaliação da acessibilidade de tecnologia assistiva para surdos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 833-839, 2016.

AHMADI, Maryam; ABBASI, Masoomah; BAHAADINBEIGY, Kambiz. Design and implementation of a software for teaching health related topics to deaf students: the first experience in Iran. **Acta Informatica Medica**, v. 23, n. 2, p. 76, 2015.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.16, n.7, p.3061- 3068, 2011.

ALVES, Marcia Maria. BATTAIOLA, André Luiz. CEZAROTTO, Matheus Araujo. Representação gráfica para a inserção de elementos da narrativa na animação educacional. São Paulo: **Revista Brasileira de Design da Informação**. 2016.

AMÉRICO, M. **TV Digital: Propostas Para o Desenvolvimento de Conteúdos em Animação Para o Ensino de Ciências**. 2010. 213 f. Tese (Doutorado em Educação para a Ciência). Universidade Estadual Paulista, 2010.

ANDERSON, Peter. L.; REIRDEN, Daniel. F.; CASTILLO-MANSILLA, José. Pharmacologic Considerations for Preexposure Prophylaxis in Transgender Women. **Acquir Immune Defic Syndr** , v. 15, n. Supp 3, 2016.

ARAGÃO, Jamile da Silva et al. Access and communication of deaf adults: a voice silenced in health services. **J Res Fundam Care**. V 6. N 1. Pág 1-7, 2014.

ARAÚJO, Camila Crisse Justino et al. Consulta de Enfermagem às pessoas surdas: uma análise contextual. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 1, 2015.

ARAÚJO, Elisângela Keylla Henrique Sales et al. Os padrões de comunicação da surdocegueira nos contextos familiar e educacional. **Revista Educação Especial**, v. 32, p. 12-1-19, 2019.

ASHAVER, Doosuur; IGYUVE, Sandra Mwuese. O uso de materiais audiovisuais nos processos de ensino e aprendizagem em faculdades de educação no Estado de Benue, na Nigéria. **Revista IOSR de Pesquisa e Método em Educação** , v. 1, n. 6, p. 44-55, 2013.

BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BANDARRA, Antonio José Esteves. **No xadrez das sexualidades: conhecimentos, atitudes e comportamentos de jovens adolescentes surdos face às ISTS**. 2014. 147f. Dissertação (Mestrado). Universidade Lusíada do Porto. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial; Porto, 2014.

Bardin, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BECKER, Alan. **12 Principles of Animation**. 2015. Disponível em:<
https://www.youtube.com/watch?v=u-SXLaQGg50&list=PL-bOh8bttec4CXd2ya1NmSKpi92U_l6ZJd&index=3> . Acesso em: 19 janeiro, 2020.

BEIRAS, C.G.; MARKS, M.; CHEN, C.Y.; ROBERTS, S.; MITJÀ, O. Epidemiology of Haemophilus ducreyi Infections. **Infect Immun**. V 79 N 8. P 3168– 3177. 2011.

BENTO, Isabel CB; BUENO, Sonia MV. A Aids sob a ótica do surdo adulto jovem. **Jornal de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 14, p. 288-294, 2005.

BERNARDES, Filho Fred et al. Sífilis em apresentação com fases sobrepostas: como conduzir? **DST J Bras Doenças Sex Transm.**, v. 24, n. 2, p. 109-12, 2012.

BOFF, Jessica Aparecida; DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti. Notificações de AIDS/Hiv: Uma Análise em um município de Santa Catarina. **Jornada Integrada em Biologia**, p. 59-66, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêutica para profilaxia pré-exposição (PrPE) de risco à infecção pelo HIV**, Brasília: Ministério da Saúde, 2017. P 52.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 04 dez 2018.

BRASIL. **Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005**. Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, 23.dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS-DST 2011 - Versão Preliminar**. 2012. [acessado 2018 JUL 12]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. No IV - nº 1 - da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CARNEIRO, Marília Ignatius Nogueira; NOGUEIRA, Clelia Maria Ignatius; DA SILVA, Tânia dos Santos Alvarez. Recursos tecnológicos nas interações cotidianas de adultos surdos. **CIET: EnPED**, 2018.

CASIMIRO, I. et al. Relatório de pesquisa do Projecto de Pesquisa" Desafio do Sida nas suas Dimensões Socioeconomicas, Culturais e Políticas no Brasil, África do Sul e Moçambique 2011-2012. **Maputo, novembro de**, 2012.

CRESWELL, Jonh W & CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de métodos mistos**. 2.ed. Porto Alegre: Penso, p. 288. 2013.

DALL, Clarice Maria et al. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5, 1999.

DALL'AGNOL, Clarice Maria et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 186-190, 2012.

DEBUS M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DREYER, Lenita Regina Oliveira; MATEUS, Marcia Aparecida Rodrigues; GONÇALVES, Josiane Peres. Pessoas com surdez e suas relações com a sexualidade: silenciamentos e descobertas. **TEXTURA-Revista de Educação e Letras**, v. 20, n. 44, 2018.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

Educação Especial.. Brasília: MEC/SEESP, 1994.

Educação na Perspectiva da Educação Inclusiva.. MEC, 2008.

ELTORAI, Adam EM et al. Most American Academy of Orthopaedic Surgeons' online patient education material exceeds average patient reading level. **Clinical Orthopaedics and Related Research**®, v. 473, n. 4, p. 1181-1186, 2015.

ELWELL, Cherilyn; MIRRASHIDI, Kathleen; ENGEL, Joanne. Biologia celular e patogênese das células da clamídia. **Nature Reviews Microbiology** , v. 14, n. 6, p. 385, 2016.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Aids-Free World. Disabled Peoples' International**. In: XVII International AIDS Conference; jul 2008; México. Disponível em: <http://www.aids-freeworld.org/content/view/177/66/>.

FARIA, Núbia Guimarães; SILVA, Daniel Carvalho. Legendas e janelas: questão de acessibilidade. **Revista Sinalizar**, v.1, n.1, p. 65-77, 2016.

FEHRING, Richard J. Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In: **Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the sixth conference**. Mosby, 1987. p. 183-190.

FERNANDES, Janaína Francisca Pinto et al. Conhecimento de alunos deficientes auditivos e de seus educadores relacionado às doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 3, p. 338-343, 2009.

FILATRO, Andrea; CAIRO, Sabrina. **Produção de Conteúdos Educacionais**. São Paulo: Saraiva, 2015.

FONTANA, Rosane Teresinha; SCHWIDERKE, Patricia Friske; TRINDADE, Maria Aparecida Brum. As infecções sexualmente transmissíveis na percepção de pessoas surdas. **Interfaces da educação**, v. 9, n. 26, p. 316-335, 2018.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de et al. Clinical signs and symptoms of sexually transmitted infections communicated in Libras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 458-465, 2016.

FROHMADER, Carolyn; ORTOLEVA, Stephanie. The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities. In: **ICPD International Conference on Population and Development Beyond**. 2014.

GALINDO NETO, Nelson Miguel et al. Construção e validação de vídeo educativo para surdos acerca da ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p. e3130, 2019.

GALINDO NETO, Nelson Miguel et al. Tecnologias para educação em saúde de surdos: revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

GALINDO NETO, Nelson Miguel. **Efetividade de vídeo educativo no conhecimento e habilidade de surdos acerca da ressuscitação cardiopulmonar: ensaio randomizado controlado**. Tese doutorado. Universidade Federal do Ceará. 2018.

GARCÊS, Alzira Xavier et al. Prevalência de Chlamydia trachomatis e fatores de risco associados à infecção detectada em amostra endocervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 8, p. 379-383, 2013.

GIAMMELARO, Cintia Najla Fahl; GESUELI, Zilda Maria; SILVA, Ivani Rodrigues. The relation subject/language in the development of deaf's identity. **Educação & Sociedade**, v. 34, n. 123, p. 509-527, 2013.

GIBSON, Barbara E.; MYKITIUK, Roxanne. Health care access and support for disabled women in Canada: falling short of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a qualitative study. **Women's health Issues**, v. 22, n. 1, p. e111-e118, 2012.

GOLOS, Debbie B.; MOSES, Annie M. Supplementing an educational video series with video-related classroom activities and materials. **Sign Language Studies**, v. 15, n. 2, p. 103-125, 2015.

GUIMARÃES, Fernanda Jorge. **Validação de tecnologia assistiva sobre substâncias psicoativas para pessoas com deficiência visual**. 2014. 113p. Tese (Doutorado em

Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2014.

GUIMARÃES, Valéria Maria Azevedo et al. Sordera y sexualidad: Un análisis a partir de las representaciones sociales de universitarios sordos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 387-405, 2019.

HONGE, Bo Langhoff et al. High prevalence and excess mortality of late presenters among HIV-1, HIV-2 and HIV-1/2 dually infected patients in Guinea-Bissau-a cohort study from West Africa. **The Pan African medical journal**, v. 25, 2016.

IERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi et al. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

JOVENTINO, E. S. et al. Effect of educational video about maternal self-efficacy and occurrence of childhood diarrhoea: randomized clinical trial. **Indian J Appl Res [Internet]**, v. 5, n. 2, p. 688-92, 2015.

JOVENTINO, Emanuella Silva. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará. 2013.

KAHRAMAN, Ayse Derya. **Animation Use as an Educational Material and Animation Techniques**. Turquia: International Conference on Communication, Media, Technology and Design, 2014.

KALICHMAN, Seth C. et al. HIV sexual transmission risks in the context of clinical care: a prospective study of behavioural correlates of HIV suppression in a community sample, Atlanta, GA, USA. **Journal of the International AIDS Society**, v. 18, n. 1, p. 19930, 2015.

KHURANA, S.; et al. Development and validation of educational leaflet for caregivers of preterm infants. **J Clin Res Diagn**, v 10, n. 7, p. 01-04. 2016.

KINDEM, G.; MUSBURGER, R. B. **Introduction to media production: from analog to digital**. Boston: Focal Press, 3. Ed. 2005.

KRUEGER, R. AND CASEY, M. **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. Sage Publications, Thousand Oaks, CA. 2009.

KUZNIK A., HABIB A. G., MANABE Y. C., LAMORDE M. Estimating the public health burden associated with adverse pregnancy outcomes resulting from syphilis infection across 43 countries in sub-Saharan Africa. **Sex Transm Dis**. V 42. N 7. P 369-375. 2015.

LACERDA, C.B.F. **Tenho um aluno surdo, e agora?: introdução à Libras e educação de surdos**. Edufscar, 2013.

LEITE, Sarah de Sá et al. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 1635-1641, 2018.

LEVINO, Danielle de Azevedo et al. Libras in Medical Graduation: The Awakening to a New Language. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V 37. 2013.

LEWIS, David A. HIV/sexually transmitted infection epidemiology, management and control in the IUSTI Africa region: focus on sub-Saharan Africa. **Sex Transm Infect**, v. 87, n. Suppl 2, p. ii10-ii13, 2011.

LINDEMAN, Zachary et al. Assessing the antibiotic potential of essential oils against *Haemophilus ducreyi*. **BMC complementary and alternative medicine**, v. 14, n. 1, p. 1-4, 2014.

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

LOPES, Felipe Tavares Paes; CORDEIRO, Mariana Prioli. Entrevistas individuais e grupos focais: alguns cuidados ético-metodológicos. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 11, n. 123, p. 58-67, 2011.

LUNA, Izaildo Tavares. Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua. Dissertação Mestrado. 2014.

MAKSUD, Ivia; FERNANDES, Nilo Martinez; FILGUEIRAS, Sandra Lucia. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 104-119, 2015.

MALL, Sumaya; SWARTZ, Leslie. Sexuality, disability and human rights: strengthening healthcare for disabled people. **SAMJ: South African Medical Journal**, v. 102, n. 10, p. 792-793, 2012.

MARIANO, Monaliza Ribeiro; REBOUÇAS, CB de A.; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Educative game on drugs for blind individuals: development and assessment. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 930-6, 2013.

MARTINS, L.M.; LINS, H.A. Technology and deaf education: possibilities of intervention. **Nuances: Estud Educ**. V 26. N 2. pag188-206. 2015.

MEIRA, L.; GAGLIANI, L.H. A patogênese da gonorreia e sua disseminação pelo mundo. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 12, n. 26, p.56-57, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MIRANDA, K.F de. **Aergonomia da informação nas cartilhas informativas disponibilizadas nas unidades do sistema único de saúde de Curitiba para surdos não oralizados**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade federal do Paraná (PR), 2015.

MORGAN, D.L. Focus group as qualitative research. Sage university paper series in: Qualitative research methods. **Newbury Park: Sage Publications**, 1988.

NASCIMENTO, Vinícius. Janelas de libras e gêneros do discurso: apontamentos para a formação e atuação de tradutores de língua de sinais. **Trabalhos Em Linguística Aplicada**, v. 56, n. 2, p. 461-492, 2017.

NEVES, Dayane Bevilaqua; FELIPE, Ilana Mirian Almeida; NUNES, Serlyjane Penha Hermano. Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos. **Infarma, Brasília**, n. 28, p. 157-165, 2016.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Communication as an essential tool for deaf people's health care. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 307-320, 2015.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de et al. Comunicação entre profissionais de saúde-pessoas surdas: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 957-964, 2015.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de et al. Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 549-560, 2015.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 307-320, 2015.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed. 2010.

PEREIRA, Carlos Alexandre Rodrigues; DE MELO, Juliana Valéria. Discussão sobre técnicas e materiais utilizados na Educação Ambiental e sua aplicabilidade no trabalho junto aos surdos. **Revista Brasileira de Educação Ambiental (RevBEA)**, v. 10, n. 3, p. 85-96, 2015.

PIMENTEL, Karine Silva et al. Produção e Avaliação de Vídeos em Libras para Educação em Saúde. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 60, p. 181-195, 2018.

PINHEIRO FILHO, Tadeu Rodriguez de Carvalho et al. Análise do conhecimento sobre DSTs e planejamento familiar entre deficientes auditivos e ouvintes de uma escola pública de Fortaleza. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 16, n. 1, p. 137-150, 2010.

PIRES, Hindhiara Freire; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, 2016.

PIVETTA, Elisa Maria et al. Bilingual learning environment to support a community of practice. **Rev. Científica Teknos**. V.16, n 1. 2016.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora, edição 7ª. 2011.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora, edição 9ª. 2019.

QUADROS, R.M.,; KARNOPP, L.B. **Língua de sinais brasileira Estudos Linguísticos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAIMUNDO, Ronney Jorge de Souza; DOS SANTOS, Thais Alves. A importância do aprendizado da comunicação em libras no atendimento ao deficiente auditivo em serviço de saúde. **RENEFARA**, v. 3, n. 3, p. 184-191, 2012.

RAZERA, Ana Paula Ribeiro.; BUETTO, Luciana Scatralhe.; LENZA, Nariman de Felício Bortucan.; SONOBE, Helena Megumi. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Cienc Cuid Saude**. V. 13, n. 1. P. 172-177. 2013.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e Sida. Moçambique 2013-2015; Maputo, 2013.

REUS, Liset et al. Challenges in providing HIV and sexuality education to learners with disabilities in South Africa: the voice of educators. **Sexual Soci Learn**. V. 15, n 4. 2015.

RIBEIRO, Andressa Teresinha Boni; JACOCIUNAS, Laura Vicedo. A coinfeção sífilis/hiv e sua importância no rastreamento sorológico em bancos de sangue. **Clinical & Biomedical Research**, v. 36, n. 2, 2016.

ROSA, M. R.; ORLANDI, R.; BELUSSO, A. Sobre a educação sexual de jovens surdos no interior do Paraná. In: **Educere-XII Congresso Nacional de Educação, Paraná, Brasil, 31521**. 2015.

SACKS, Loren. et al. Testicular Cancer Knowledge among Deaf and Hearing Men. **Journal of Cancer Education**, v.28, n.3, p.:503-8, 2013.

SAHARIA, Kapil K.; KOUP, Richard A. T cell susceptibility to HIV influences outcome of opportunistic infections. **Cell**, v. 155, n. 3, p. 505-514, 2013.

SALES, A. M. et al. Deficiência auditiva e surdez: visão clínica e educacional. In: **Seminário apresentado na Universidade Federal de São Carlos, UFSCar**, 2010.

SALES, Alessandra Santos; DE OLIVEIRA, Roberto Ferreira; DE ARAÚJO, Edna Maria. Inclusão da pessoa com deficiência em um Centro de Referência em DST/AIDS de um município baiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 208-214, 2013.

SALMONF, S.W. Orthopedic nursing reseach prioriteies: Delphi study. **Ortop Nurs**, v.13, n.2, p.31-45, 1994.

SALVADOR, Pétala Tuani Cândido de Oliveira et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. v.20, n.1, p 111-7, 2012.

SANTOS, Érika Machado; SHIRATORI, Kaneji. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, dez. 2004.

SANTOS, F.S.; DIAS, M.A.; SILVA, S.S.S.; SILVA-FILHO, S.E. Doenças sexualmente transmissíveis: uma visão geral. **Rev. Conexão Eletrônica**, v.12, n. 1, p. 1-9, 2015.

SANTOS, Odeony Paulo et al., Hepatites- B, C e Sífilis: prevalência e características associadas à coinfeção entre soropositivos. **Cogitare Enferm.** V. 22. N. 3. 2017.

Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília, DF**, jan. 2008. [Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela portaria n. 555/2007, prorrogada pela portaria n. 948/2007, entregue ao ministro da Educação em 7 de janeiro de 2008].

SEVERO, Tarsila Privetta; FONSECA, Adriana Dora da; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira. Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem. **REME rev. min. enferm**, p. 297-302, 2007.

SILVA, Denise Machado Torquato da; LINARES, Gustavo Duarte. **Animação para o público infanto-juvenil surdo**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

SILVA, Emmanuele Pariz et al. Frequency and genotyping of human papillomavirus in women submitted to cytology. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 27, p. 22-28, 2015.

SOUZA, D.D.L.; SILVA, J.J.R.; FLORESTA, M.G.S. **Educação a distância: diferentes abordagens críticas**. São Paulo: Xamã Editora, 2010.

SOUZA, Maria Fernanda Neves Silveira de et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 3, p. 395-405, 2017.

STREHLOW, Bruna Riechel et al. Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do pet-vigilância em saúde Patients' perception of groups on health education of pet health surveillance. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4243-4254, 2016.

SUTER, Sarah; MCCRACKEN, Wendy; CALAM, Rachel. The views, verdict and recommendations for school and home sex and relationships education by young deaf and hearing people. **Sex Education**, v. 12, n. 2, p. 147-163, 2012.

TOUKO, Adonis et al. Sexual vulnerability and HIV seroprevalence among the deaf and hearing impaired in Cameroon. **Journal of the International AIDS Society**, v. 13, n. 1, p. 5-5, 2010.

TUN, Waimar et al. Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, p. 20829, 2016.

UNAIDS. **Global AIDS update**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016. Disponível em: http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/global-AIDS-update2016_en.pdf . Acesso em: 04 Dez 2018.

VALENTE, L.S.; AMOEDO, F.K.F.; NASCIMENTO, L.P. A acessibilidade do surdo nas unidades básicas de saúde na cidade de Parintins, Amazonas. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem, Universidade do Estado do Amazonas. Parintins, Amazonas: UEA, 2017. Disponível em. Acesso em 19 maio 2018.

VANALI, A.C. Datilologia nos países de língua portuguesa. **Rev NEP**. V 2, n. 5. 2016.

VASCONCELOS, Clara Nina Etos et al. Estudo comparativo entre terapia oral e local no tratamento de corrimentos vaginais:candidíase, tricomoníase e vaginosebacteriana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR**; Vol.15,n.1,pp.123-128, 2016.

VASILEVSKY, Sam et al. Genital Chlamydia trachomatis: understanding the roles of innate and adaptive immunity in vaccine research. **Clinical microbiology reviews**, v. 27, n. 2, p. 346-370, 2014.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas?. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 18, p. 131-142, 2015.

WAGENLEHNER, Florian ME et al. The presentation, diagnosis, and treatment of sexually transmitted infections. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 113, n. 1-2, p. 11, 2016.

WESTPHAL, Marcia Faria; BÓGUS, Cláudia Maria; MELLO FARIA, Mara de. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 120 (6), jun. 1996, 1996.**

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on sexually transmitted infection; 2016-2021. 2016.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Deafness and hearing loss. Updated March 2018.** [Acessado em 24 de setembro de 2018] Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>.

WYND, Christine A.; SCHMIDT, Bruce; SCHAEFER, Michelle Atkins. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western journal of nursing research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

YAO, C. S. et al. Cervical cancer control: deaf and hearing women's response to an educational video. **J Cancer Educ.**, v. 27, n. 1, p. 62-6, 2012.

ZOMBINI, Edson Vanderlei; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 1, p. 51-58, 2011.

**APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –
PESSOAS SURDAS – GRUPO FOCAL**

Eu, Ana Priscila Marques Lima, sou enfermeira e aluna mestranda do programa de pós- graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e estou convidando você para participar da pesquisa intitulada **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO SOBRE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL PARA SURDOS** que tem o objetivo central construir e validar um vídeo educativo sobre uma Infecção Sexualmente Transmissível para surdos.

Por meio deste termo peço sua autorização e contribuição neste trabalho para participar do grupo focal sobre Infecções Sexualmente Transmissível. As sessões grupais serão gravadas em áudio e vídeo, e agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e do pesquisador. O tempo de duração será até 2h, ou quando o objetivo proposto for alcançado, de forma que, se for necessário, um segundo momento será agendado com o mesmo grupo para dar continuidade ao debate. Os encontros para realização do grupo focal serão num local que assegure a privacidade, que seja confortável e de fácil acesso aos participantes.

Os possíveis riscos estão relacionados a constrangimento. Entretanto, sua participação se dará em local reservado, e seu nome não será citado em nenhum momento, bem como as imagens não serão divulgadas. As informações fornecidas serão de uso exclusivo do estudo, e divulgadas, posteriormente, como resultados de pesquisa. A sua participação é importante para que possa ser identificado um diagnóstico situacional acerca do conhecimento sobre a Infecção Sexualmente transmissível, que trará como benefício a construção de uma tecnologia assistiva para auxílio na educação em saúde do surdo. Caso aceite participar, garanto a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo. E ainda, que sua participação é voluntária e não será oferecido nenhum valor ao (a) senhor (a). Também não haverá nenhum custo por participar da pesquisa. Informo-lhe também que, caso aceite participar deste estudo, o(a) senhor(a) assinará este Termo de Consentimento em duas vias e receberá uma via.

Em caso de dúvida entre em contato: Pesquisador: Ana Priscila Marques Lima;
Telefone: (85) 988919794; E-mail: anapriscil@yahoo.com.br

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações quanto à sua participação no referido estudo por meio do telefone 3332.6190 - E-mail: cep@unilab.edu.br. Localizado na - Sala 303 - 3º Andar, Bloco D - Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n – CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil.

Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, _____, aceito participar e concordo com tudo o que está explicado, e que por este termo fui devidamente orientado (a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO SOBRE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL PARA SURDOS** e aceito participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) pesquisador(a) responsável

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL

- 1- O que vocês conhecem sobre sexo seguro e doenças relacionadas ao sexo?
- 2- O que você gostaria de saber sobre as doenças relacionadas ao sexo?
- 3- Como foi para vocês o contato com informações sobre doenças relacionadas ao sexo?
- 4- Quais as doenças relacionadas ao sexo vocês conhecem? (sinais e sintomas/diagnostico e tratamento)
- 5- Quais as maneiras vocês conhecem de prevenir uma doença relacionada ao sexo?
- 6- Como vocês conseguem as informações sobre as doenças relacionadas ao sexo?
- 7- Como vocês avaliam o material de divulgação de informações sobre as doenças relacionadas ao sexo?

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICO

Questionário dados sócio demográfico

Nº do Formulário: _____

Data da Coleta (___/___/___)

Pesquisadora responsável: Ana Priscila Marques Lima
Mestrado Acadêmico em Enfermagem - MAENF

Caro participante, a entrevista está dividida em dois momentos. No primeiro momento você irá preencher um questionário com seus dados sócio demográfico. Posteriormente iremos começar a entrevista, na qual você irá responder V para afirmações que julga verdadeiras e F para afirmações que julga ser falsas e NS para as afirmações que julga não saber. Marque com um X o item que julgar correto.

1) Nome do participante

2) Idade:

3) Nível de comprometimento auditivo:

4) **Sexo:** 1. Masculino 2. Feminino

5) Raça/Cor:

1. Branco

3. Pardo

5. Indígena

2. Preto

4. Amarela

6) Estado Civil:

1. Solteiro

3. Divorciado / Separado

2. Casado / União de facto

4. Viúvo

7) Escolaridade:

1. Analfabeto

3. Ensino primário

5. Curso superior

2. Sabe ler e escrever

4. Ensino secundário

APÊNDICE D – CARTA CONVITE

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA (UNILAB)
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Eu, Ana Priscila Marques Lima, Enfermeira, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado), da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), venho convidá-lo (a) a participar como avaliador (a) na validação de aparência e conteúdo de uma Tecnologia Assistiva que estou desenvolvendo em dissertação de mestrado de minha autoria sob a orientação da Profa. Dra. Monaliza Ribeiro Mariano. Trata-se de um vídeo educativo sobre Infecção Sexualmente Transmissível (IST) para pessoas surdas, contendo itens importantes que devem ser abordados para a realização da educação em saúde. Ressalto que seus conhecimentos são relevantes para aprimorar o material que está sendo construído. Para melhorar o material, o (a) senhor (a) poderá fazer sugestão e/ou crítica.

Enfa. Ana Priscila Marques Lima

Local, Data

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

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO SOBRE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL PARA SURDOS”** que está sendo desenvolvida por Ana Priscila Marques Lima, mestrande do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, sob a orientação da professora Dra. Monaliza Ribeiro Mariano.

O objetivo do estudo é construir e validar um vídeo educativo sobre uma Infecção Sexualmente Transmissível para surdos. Como almeja-se validar o vídeo elaborado, faz-se necessário à sua submissão à avaliação por um grupo de juízes de conteúdo e de aparência, selecionados de acordo com critérios pré-estabelecidos, sendo o (a) senhor (a) considerado (a) apto quanto aos requisitos para participar neste grupo.

Caso o (a) senhor (a) seja da área da saúde, será convidado (a) a analisar o roteiro do vídeo, como juiz de conteúdo. Você irá receber uma cópia do roteiro do vídeo, e irá 1) Responder a um questionário sobre seus dados de formação acadêmica e profissional, 2) Responder a instrumento de avaliação que será disponibilizado e registro de sugestões ou críticas que possibilitem o aperfeiçoamento do roteiro. Caso o senhor seja intérprete ou educador de surdos, será convidado (a) a analisar o vídeo, como juiz de aparência. Você irá receber uma cópia do vídeo, e irá 1) Responder a um questionário sobre seus dados de formação acadêmica e profissional, 2) Responder a instrumento de avaliação que será disponibilizado e registro de sugestões ou críticas que possibilitem o aperfeiçoamento do vídeo. Sua participação nessa etapa da pesquisa terá duração de aproximadamente uma hora.

Após a aceitação, o (a) senhor (a) receberá o kit eletrônico contendo os dois itens citados acima. A devolução do material respondido terá um prazo de 15 dias e serão enviados lembretes via e-mail dois dias antes para recordá-lo.

Informamos que os riscos que poderão estar presentes estarão relacionados à possível cansaço. Como benefício você poderá contribuir no aprimoramento do conteúdo e aparência do vídeo educativo para surdos, os benefícios desse estudo decorrerão da disponibilidade de evidência científica para colaborar com os profissionais envolvidos na educação em saúde dos

surdos. Lembre-se que o conteúdo desta pesquisa servirá exclusivamente para fins científicos e quando os dados forem divulgados em congressos ou artigos sua identidade será mantida em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Desde já, agradeço sua participação, a qual é fundamental para o desenvolvimento da ciência.

Em caso de dúvida entre em contato: Pesquisador: Ana Priscila Marques Lima; Telefone: (85) 988919794; E-mail: anapriscil@yahoo.com.br

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações quanto à sua participação no referido estudo por meio do telefone 3332.6190 - E-mail: cep@unilab.edu.br. Localizado na - Sala 303 - 3º Andar, Bloco D - Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n – CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil.

Consentimento Pós-Esclarecido

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) pesquisador(a) responsável

ANEXO A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO (IVCE)

PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DO JUIZ

- 1) **Sexo:** 1.() Feminino 2.() Masculino
- 2) **Idade (anos completos):**
- 3) **Titulação:** 1.() Doutor 2.() Mestre 3.() Especialista 4.() Bacharel
- 4) **Tempo de formação profissional (anos completos):**
- 5) **Possui Produção científica na área de educação em saúde ou Infecção Sexualmente Transmissível:** 1. Sim() 2. Não()

PARTE 2 – AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO

Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo constitui-se de Instruções para preenchimento e Itens de Avaliação do conteúdo quanto a Objetivos, Estrutura e Apresentação e, Relevância. Quando aplicado a um determinado conteúdo será acompanhado de informações sobre tema, público alvo e circunstância de aplicação.

Instruções e itens de avaliação do conteúdo

Leia os itens e pontue com a valoração **2 Adequado; 1 Parcialmente adequado; 0 Inadequado**. Há espaço para sugestões e críticas. Caso atribua notas 0 e 1 justifique e colabore para melhoria do material

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades.			
1. Contempla tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			

Sugestões/críticas:

ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: organização, estrutura,			

estratégia, coerência e suficiência.			
6. Linguagem adequada ao público-alvo			
7. Linguagem apropriada ao material educativo			
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
9. Informações corretas			
10. Informações objetivas			
11. Informações esclarecedoras			
12. Informações necessárias			
13. Sequência lógica das ideias			
14. Tema atual			
15. Tamanho do texto adequado			

Sugestões/críticas:

RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse			
16. Estimula o aprendizado			
17. Contribui para o conhecimento na área			
18. Desperta interesse pelo tema			

Sugestões/críticas:

Fonte: (LEITE, 2017)

ANEXO B- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS- VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA

PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DO JUIZ

- 1) **Sexo:** 1.() Feminino 2.() Masculino
- 2) **Idade (anos completos):**
- 3) **Titulação:** 1.() Doutor 2.() Mestre 3.() Especialista 4.() Bacharel
- 4) **Tempo de experiência, ou prática profissional (anos completos):**
- 5) **Possui Produção científica na área de educação em libras ou educação de surdos:** 1. Sim() 2. Não()

PARTE 2 – AVALIAÇÃO DA APARÊNCIA

Este instrumento tem por objetivo registrar a sua avaliação em relação à Tecnologia Assistiva (TA). Para cada atributo, você deverá atribuir nota de 0 a 2, como desejar, de acordo com a legenda abaixo.

- (0) **Inadequado :** a tecnologia assistiva não atende a definição do item.
- (1) **Parcialmente adequado:** a tecnologia assistiva atende parcialmente a definição do item.
- (2) **Adequado:** a tecnologia assistiva atende a definição do item.

Caso seja do seu interesse, você poderá comentar, criticar ou sugerir os aspectos que considerou como positivo ou negativo na TA.

Atributos	Item	0	1	2	
1 Interatividade	1	O conteúdo da informação está adequado às suas necessidades			
	2	Oferece interação, envolvimento ativo no processo educativo			
	3	Possibilita acessar sem dificuldades os tópicos apresentados			
	4	Fornece autonomia ao usuário em relação à sua operação			
2 Objetivos	5	Estimula a aprendizagem sobre o conteúdo abordado			
	6	Estimula a aprendizagem de novos conceitos			
	7	Permite-lhe buscar informações sem dificuldades			
	8	Possui estratégia de apresentação atrativa			
3 Relevância e eficácia	9	Disponibiliza os recursos adequados e necessários para sua utilização			
	10	Desperta o seu interesse para utilizá-la			
	11	Estimula mudança de comportamento em você			
	12	Reproduz o conteúdo abordado em diferentes contextos			
4 Clareza	13	Apresenta as informações de modo simples			
	14	Permite-lhe refletir sobre o conteúdo apresentado			

ANEXO C- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO SOBRE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL PARA SURDOS

Pesquisador: ANA PRISCILA MARQUES LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17128619.8.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.722.262

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta a problemática da sexualidade como um dos aspectos pouco explorado na comunidade surda, o que induz a adoção de estigma e dogmas relacionados ao seu exercício; identificando a necessidade da realização de ações de promoção da saúde e desenvolvimento de tecnologias educativas que possibilitem a diminuição da vulnerabilidade sexual a qual o surdo está inserido. E apresenta como objetivo a construção e validação de um vídeo educativo sobre uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) para surdos. Fica claro nos elementos pré-textuais qual a natureza do projeto (dissertação de Mestrado).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Construir e validar vídeo educativo sobre uma Infecção Sexualmente Transmissível para surdos.

Objetivos Específicos:

- Identificar o diagnóstico situacional do conhecimento de surdos acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Construir vídeo educativo sobre Infecção Sexualmente Transmissível para surdos;
- Validar conteúdo do storyboard e validar aparência do vídeo educativo sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis com juízes.

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

CEP: 62.790-000

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: cep@unilab.edu.br

Continua

Continuação do Parecer: 3.722.262

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador estima o risco e os desconfortos inerentes ao estudo no texto da metodologia (aspectos éticos), além de apresentar formas de minimizá-los: "Considera-se que nenhuma pesquisa envolvendo seres humanos seja isenta de riscos. Entretanto, o possível risco será de constrangimentos dos participantes, que será minimizado com a orientação de todas as etapas e procedimentos contaram com a participação da população".

No TCLE dos estudantes, os autores consideram que: "(...) possíveis riscos estão relacionados a constrangimento. Entretanto, sua participação se dará em local reservado, e seu nome não será citado em nenhum momento, bem como as imagens não serão divulgadas". Enquanto, no TCLE destinado aos juízes, descreve que: "Informamos que os riscos que poderão estar presentes estarão relacionados à possível cansaço", mas sem apresentar medida de redução de desconforto.

Estão inclusos benefícios para estudantes e juízes, considerando a "construção de uma tecnologia assistiva para auxílio na educação em saúde do surdo" e "(...) disponibilidade de evidência científica para colaborar com os profissionais envolvidos na educação em saúde dos surdos", respectivamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A pesquisa demonstra relevância: SIM;
- Na introdução constam referências relevantes sobre o objeto: SIM;
- O projeto apresenta dados atualizados sobre a temática: SIM;
- Há justificativa plausível para a realização do estudo: SIM;
- Os objetivos estão adequados à proposta: SIM;
- São apresentadas hipótese de pesquisa: NÃO, mas há construção de pressupostos;
- A metodologia deixa evidente a natureza da pesquisa e está adequada aos objetivos da proposta: SIM – "Trata-se de um estudo metodológico, com método misto do tipo sequencial exploratório";
- Está claro o local e período de realização da(s) etapa(s) da pesquisa e qual a infraestrutura necessária: SIM;
- O plano amostral está apropriado, apresentando a população, número de participantes e a forma de seleção/recrutamento: SIM – para os estudantes, "no presente estudo será adotado um número de 10 participantes, podendo ser formado um segundo grupos focal com mais 10 participantes. O critério de escolha será pela utilização da amostragem probabilística não intencional, na qual os participantes possuem a mesma probabilidade de serem selecionados, e não há decisão proposital

Continua

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 3.722.262

do pesquisador sobre a população, para a seleção da amostra (POLIT; BECK, 2011)*. Quanto aos juízes, "(...) na presente pesquisa será utilizada a fórmula da população finita para estabelecer o tamanho da amostra. O cálculo final será de 22 participantes para integrar a amostra. Dessa forma, serão 11 juízes para validação de conteúdo e 11 juízes para validação de aparência";

- Há critérios de inclusão e exclusão: SIM;
- Estão claros os tópicos relativos à como se dará a coleta dos dados (procedimentos): SIM, a serem realizados em duas etapas;
- Os instrumentos são adequados à proposta de coleta de dados: SIM;
- A forma de tratamento dos dados coletados está descrita e adequada: SIM;
- São descritas as questões éticas: SIM;
- Está determinado o desfecho primário da pesquisa/resultados esperados: NÃO
- O projeto possui cronograma adequado à proposta apresentada, sendo o mesmo cronograma lançado na plataforma Brasil, no projeto e no anexo, respeitando o período de tramitação do protocolo no CEP/UNILAB: SIM;
- O orçamento está presente e esclarece o responsável pelas despesas e/ou a fonte de financiamento da pesquisa: SIM.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Carta de Encaminhamento do Projeto ao CEP: PRESENTE;
- Termo de Anuência/Autorização do responsável pelo setor/instituição na qual será realizada a pesquisa [assinada e carimbada OU em papel timbrado do local onde o estudo será realizado]: PRESENTE;
- Folha de Rosto [assinada pelo pesquisador responsável, bem como assinada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente]: PRESENTE;
- Declaração de Ausência de Ônus para o local onde o estudo será realizado: PRESENTE;
- Instrumentos de coleta de dados: PRESENTES;
- Currículo da pesquisadora e da equipe da pesquisa: PRESENTE;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) - (Res. 466/12, IV.3; IV.5c): PRESENTE - para estudantes e juízes

*linguagem adequada ao perfil sócio-cultural dos participantes de pesquisas: SIM;

*título da pesquisa aparece no termo: SIM;

*apresenta justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados: SIM;

*expõe com clareza os benefícios da pesquisa: SIM;

Continua

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 3.722.262

- *considera os riscos/desconfortos associados e formas de minimizá-los: SIM;
- *garante a liberdade do participante se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa: SIM;
- *considera o caráter voluntário da participação, ausência de custos e compensações financeiras: SIM;
- *há a garantia de sigilo que assegure a privacidade dos participantes: SIM;
- *trata da confidencialidade das informações e dados envolvidos na pesquisa: SIM;
- *apresenta campo para local e data: SIM;
- *possui nome e campo para assinatura do pesquisador responsável, bem como seu endereço, contato telefônico/eletrônico e identificação da instituição a que pertence: SIM
- *possui nome e campo para assinatura do participante da pesquisa, além de espaço destinado à impressão datiloscópica (caso seja necessária): SIM;
- *possui o endereço e telefone do CEP/Unilab: SIM.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proposta não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado, em sua unanimidade, concorda com o parecer do(a) relator(a).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1326707.pdf	11/11/2019 21:24:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Priscila_11_11_19.docx	11/11/2019 21:24:19	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Pri_11_11.docx	11/11/2019 21:23:12	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juizes_11_11.docx	11/11/2019 21:19:09	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito

Continua

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 3.722.282

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal_11_11.docx	11/11/2019 21:18:14	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Lattes_Gutemberg.pdf	07/07/2019 21:59:02	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Lattes_Ana_Priscila.pdf	07/07/2019 21:58:43	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Lattes_Monaliza.pdf	07/07/2019 21:58:25	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Instrumento_para_validacao_de_aparencia.docx	07/07/2019 21:36:51	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Instrumento_para_validacao_de_conteudo.docx	07/07/2019 21:34:31	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Questionario_dados_socio_demografico.docx	07/07/2019 21:32:17	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Roteiro_para_conducao_do_grupo_focal.docx	07/07/2019 21:30:13	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	07/07/2019 21:27:12	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Lista_da_equipe_participante_Pri.doc	07/07/2019 21:22:22	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Carta_anuencia_Pri.doc	07/07/2019 21:21:38	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Declara_concordancia_Pri.doc	07/07/2019 21:20:55	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Carta_de_Submiss_ao_CEP_Pri.doc	07/07/2019 21:20:14	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Outros	Declaracao_de_propriedade_Pri.doc	07/07/2019 21:19:23	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_instituicao.pdf	07/07/2019 21:14:41	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Priscila.pdf	07/07/2019 21:13:13	ANA PRISCILA MARQUES LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Continua

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 3.722.282

REDENCAO, 25 de Novembro de 2019

Assinado por:
EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO
(Coordenador(a))