

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIVULGAÇÃO DA CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E SAÚDE



Casa de
Oswaldo Cruz



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Erika Regiane Lima dos Santos

**Análise de materiais educativos desenvolvidos em campanhas oficiais sobre
gravidez na adolescência no Brasil: implicações para a prática e a educação
em saúde**

Rio de Janeiro

2018

Erika Regiane Lima dos Santos

Análise de materiais educativos desenvolvidos em campanhas oficiais sobre gravidez na adolescência no Brasil: implicações para a prática e a educação em saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Divulgação Científica ao Programa de Pós-Graduação em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz,

Orientador(a): Prof. Dr. Frederico Peres

Rio de Janeiro

2018

S237a Santos, Erika Regiane Lima dos. Análise de Materiais Educativos Desenvolvidos em Campanhas Oficiais Sobre Gravidez na Adolescência no Brasil: implicações para a prática e a educação em saúde / Erika Regiane Lima dos Santos. — 2018. 107.f. : il.

Orientador: Frederico Peres
Dissertação (Mestrado em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, ano da defesa.

1. Campanha gravidez na adolescência. 2. Gravidez adolescência. 3. Adolescente grávida. 4. Reprodução sexual. I. Campanhas de gravidez na adolescência: novas perspectivas.

CDD

Autorizo para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Erika Regiane Lima dos Santos

Análise de materiais educativos desenvolvidos em campanhas oficiais sobre gravidez na adolescência no Brasil: implicações para a prática e a educação em saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Divulgação Científica ao Programa de Pós-Graduação em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz,

Orientador(a): Prof. Dr. Frederico Peres

Aprovada em: ___/___/___.

Banca Examinadora

Frederico Peres, Doutor em Saúde Coletiva, ENSP/Fiocruz

Marina Ramalho e Silva, Doutora em Educação,
Gestão e Difusão em Biociências, COC/Fiocruz

Mariana Soares da Silva Peixoto Belo, Doutora em
Saúde Pública, VPAAPS/Fiocruz

Karla Meneses Rodrigues, Doutora em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz

Fabio Castro Gouveia, Doutor em Química Biológica, COC/Fiocruz

Rio de Janeiro
2018

DEDICATÓRIA

Para o meu filhinho Antonio, meu marido Marcelo, minha avó Edith Blaudt (96 anos) e minha querida família (de São Paulo e de Niterói).

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Frederico Peres que acreditou neste estudo desde o início e me conduziu, de forma analítica e criteriosa, para chegar a este resultado, tornando-o factível; também por ter me apresentado uma nova forma de trabalhar a comunicação científica, com novos elementos advindos de sua rica experiência profissional e acadêmica, e, sobretudo, a oportunidade de escrever o meu primeiro artigo científico.

À coordenadora do Mestrado, prof^a Luísa Massarani, o total apoio e motivação para prosseguir no estudo em busca de uma comunicação científica construída pelo engajamento de diversos públicos.

Aos membros da banca: prof^{as} Mariana Belo, Marina Ramalho e Karla Rodrigues, a disponibilidade em avaliar este estudo e a cordialidade.

À bibliotecária do Museu da Vida, Beatriz Schwenck e à representante da nossa Turma, Susi Aguiar, que contribuíram com o processo final de padronização do modelo de dissertação, apresentando as principais normas técnicas a seguir.

À equipe da Secretaria da Casa de Oswaldo Cruz (COC), Christina Rivas e Valéria Souza, por ter oferecido atendimento sempre que necessário de forma gentil.

Aos meus colegas e professores que conheci durante o mestrado e que foram muito importantes para a minha caminhada acadêmica, principalmente os amigos Aline Salgado, Juliana Passos, Michele Martins e Washington Castilhos (especialmente, pois não me deixou desistir e, mais ainda, me deu o livro “O aprendizado da sexualidade”, fonte de descobertas para este estudo!), que me apoiaram nos momentos de angústia, e vibraram com as alegrias.

Às minhas amigas comunicadoras de Campinas e São Paulo – Célia, Jaque e Carol -, sempre me incentivando, principalmente à Adriana Rota e à Melina Marson que fortemente me impulsionaram com a revisão e à Beatriz Pedrosa, que mesmo passando pela mesma situação (mas com o doutorado) e estando do outro lado do oceano, estendeu a mão e o carinho, para que eu seguisse em frente.

Ao meu marido Marcelo Pestana da Costa que se manteve mais companheiro que antes, mais ainda com o nosso filho.

Aos meus pais Wanderci e Fátima, aos meus compadres Jairo e Kátia, e a toda a minha família que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando.

E, por fim, a Deus, que sem Ele, eu nada seria.

“[...] A participação juvenil também deve ser efetivada no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, assim como nas instâncias de controle social do SUS”.

Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde.

RESUMO

Santos, Erika Regiane Lima dos. **Análise de materiais educativos desenvolvidos em campanhas oficiais sobre gravidez na adolescência no Brasil:** implicações para a prática e a Educação em Saúde. Dissertação (Mestrado em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. 107 p.

A gravidez na adolescência é um relevante problema de saúde pública na América Latina, região que registra alguns dos maiores índices do mundo. Entre as diversas estratégias para a prevenção da gravidez precoce, as campanhas educativas promovidas por órgãos do setor de saúde têm sido uma das principais ações visando mitigar o problema. O presente estudo objetivou analisar materiais sobre a gravidez na adolescência produzidos por órgãos governamentais brasileiros. Para tanto, utilizou uma matriz analítica previamente desenvolvida e validada para avaliação de materiais a fim de identificar aspectos positivos e negativos de adequação do material à audiência, com foco em parâmetros relacionados à intencionalidade do material, sua forma e mídia usadas, seu conteúdo e sua linguagem adotados para identificar aspectos positivos e negativos de adequação do material à audiência. Os resultados mostraram que apesar do esforço de adequar forma e linguagem dos materiais à realidade da audiência, a escolha por mídias tradicionais e a pouca articulação com as diferentes mídias presentes no cotidiano dos adolescentes limitam o alcance desses materiais e sua função de promover hábitos de saúde reprodutiva mais saudáveis. Busca-se contribuir, com o presente estudo, para uma reformulação das estratégias de educação e comunicação, elaboradas pelos órgãos públicos do setor saúde e voltadas à prevenção da gravidez na adolescência, como elemento-chave para a promoção de uma saúde reprodutiva mais adequada às necessidades e à realidade do grupo em questão.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência; Educação em Saúde; Comunicação em Saúde; Materiais Educativos; Campanhas de Saúde.

ABSTRACT

Santos, Erika Regiane Lima dos. **Analysis of educational materials from official health campaigns on adolescent pregnancy in Brazil**: implications for practice and Health Education. Dissertation (Master in Science, Technology and Health Dissemination) – Casa de Oswaldo Cruz, The Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, 2018. 107 p.

Adolescent pregnancy is an important public health problem in Latin America, a region that registers some of the world's highest rates. Among the various strategies for early prevention, educational campaigns promoted by health sector organizations have been considered as a major action to mitigate the problem. The present study aimed to analyze government educational campaign on adolescent pregnancy through the application of a previously designed and tested matrix for education material analysis. Results showed that in spite of the efforts to adequate material's language to the reality of the audience, the use of traditional media instruments and the weak connection with social media and other media present in the daily life of the adolescents limit the reach of these materials and their role as key-elements in promoting healthier reproductive habits. With the present study, we seek to contribute to the improvement of education and communication strategies, developed by the public health sector, on adolescent pregnancy prevention, as a key element for health promotion initiatives adjusted in terms of the needs and the reality of this audience.

Keywords: Adolescent Pregnancy; Health Education; Health Communication; Educational Materials; Health Campaigns.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Resumo das campanhas educativas sobre gravidez na adolescência e seus respectivos materiais.....	54
Quadro 2 - Matriz analítica utilizada por cada um dos avaliadores para identificar os parâmetros positivos e negativos de cada um dos pontos a serem analisados em cada material	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Conanda	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Conjuve	Conselho Nacional de Juventude
Disoc	Diretoria de Estudos e Políticas Sociais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
Flacso	Faculdade Latino-Americana de Ciências
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto de Medicina Social da UFRJ
Ipea	Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
LFS	Letramento Funcional em Saúde
MS	Ministério da Saúde
OEI	Organização dos Estados Iberoamericanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Musa/ISC/UFBA	Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Gênero e em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
NUPACS/UFRS	Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Pense	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PLAN	Relatório de Planejamento da organização não governamental Plan International
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
PNAISAJ	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
Prosad	Programa Saúde do Adolescente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
Sinase	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1 A população adolescente no Brasil	21
4.2 Adolescência, a fase das transformações.....	23
4.3 Adolescência e a maternidade/paternidade precoce	27
4.4 Políticas públicas sobre a saúde do adolescente	29
4.5 Importância das campanhas sobre gravidez na adolescência.....	35
4.6 O lugar da educação e da comunicação em saúde nas campanhas de gravidez na adolescência	38
4.7 Quais modelos de educação e comunicação em saúde podemos usar para abordar a gravidez na adolescência?	46
5 METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO (ARTIGO)	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
7 REFERÊNCIAS.....	77
ANEXO 1 MATRIZ ANALÍTICA DAS CAMPANHAS COM A ANÁLISE FEITA PELOS TRÊS PROFISSIONAIS AVALIADORES	89
ANEXO 2 MATERIAIS DAS CAMPANHAS ANALISADAS.....	102

INTRODUÇÃO

A atividade sexual na adolescência – período de vida que compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos – tem sido associada a uma série de problemas de ordem sanitária e social, como o aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)¹, e os índices de gravidez precoce em todo o mundo. No Brasil é considerado um dos principais determinantes de problemas tanto de ordem social quanto de saúde pública, com implicações sociais, biológicas, psíquicas e econômicas, como apontam vários estudos (OLIVEIRA, 1998; SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

Segundo Oliveira (1998), depressão, mortalidade materna e infantil, taxas elevadas de baixo peso do recém-nascido e evasão escolar da adolescente são alguns dos problemas relacionados à gravidez na adolescência, sobretudo, entre as classes populares, e que têm fomentado discussões em fóruns sociais e noticiários nos últimos anos. Entretanto, a causa e o efeito da problemática raramente são explorados como observa-se nos estudos da área. Apesar da crescente produção de informação sobre o assunto, faltam abordagens efetivas junto aos adolescentes, seja pela ausência de campanhas educativas adequadas, seja pela falta de políticas públicas específicas para abordar a gravidez e suas implicações nessa fase da vida (HEILBORN et al, 2006).

Várias pesquisas da área e dados do Ministério da Saúde (MS) mostram que os índices de adolescentes grávidas são muito altos ainda. Atualmente, há no Brasil cerca de 550 mil adolescentes grávidas. Segundo Brasil (2015), foram registrados 546.529 bebês nascidos vivos por partos de adolescentes, o que corresponde a 18,1% do total no país (3 milhões).

De acordo com dados preliminares do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do MS, na Região Nordeste, há o maior número de nascidos vivos em partos de adolescentes (180.072). Em segundo lugar, está a Região Sudeste, com 179.213 nascidos vivos, seguida das regiões Norte, com 81.427, Sul com 62.475. Por último, está a Região Centro-Oeste com 43.342 nascidos vivos em partos de adolescentes (BRASIL, 2017).

Taborda et al. (2014) afirma que, além de a gravidez na adolescência ser um problema social, tendo em vista que desencadeia uma série de outras intercorrências na vida dos jovens envolvidos – sobretudo, na vida da menina –, é também um problema de saúde pública. Muitas ficam grávidas novamente ainda na adolescência e “[...] estão propensas a ter hipertensão, partos prematuros, anemia, pré-eclâmpsia, desproporção feto-pélvica, restrição

¹ Atualmente conhecidas por Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

do crescimento fetal, além de problemas consequentes de abortos provocados e/ou pela falta de assistência adequada”.

Seja pelo aspecto econômico, social, seja pelo biopsicológico e ou educacional, a adolescente grávida passa por dificuldades até então desconhecidas (TABORDA et al., 2014, p. 18). A elaboração das campanhas de saúde são um desafio e ações em quantidade massiva são defendidas por instituições relacionadas à criança e ao adolescente, como mostra o relatório do Plan International, organização sem fins lucrativos voltada a questões humanitárias, e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicado em 2014.

A falta de estudo que atinge 309 mil mães adolescentes é um dos fatores agravantes atuais para essa problemática no país, segundo levantamento do Movimento Todos pela Educação, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013. Além disso, a maioria delas, cerca de 260 mil, não estudava nem trabalhava de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). Identificou-se ainda que aquelas que não trabalhavam nem estudavam tinham os piores índices de escolaridade mediante um grupo de adolescentes com idades de 15 a 17 anos, que estavam fora da escola. A possível explicação para esses índices, segundo a pesquisa, seria grande parte delas, mais de 55%, não ter concluído o ensino fundamental. O percentual chega a ser mais alto que os jovens dessa idade que não têm instrução ou têm o fundamental incompleto, que é de 47,2% (PNAD, 2013).

Relatório do Fundo de População das Nações Unidas “Fecundidade e maternidade adolescente no Cone Sul: anotações para a construção de uma agenda comum” (2016) aponta ainda que a taxa de fecundidade de adolescente no país – apesar da diminuição, passando de 86 para cada 1 mil habitantes em 2000, para 75,6 em 2010 – ainda é preocupante. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que nasçam cerca de 14 milhões de crianças de mães adolescentes por ano em todo o mundo. Na América Latina e no Caribe, a taxa de fecundidade de adolescente é de 73,2 por 1 mil nascimentos, quase o dobro dos níveis de outras regiões do mundo (48,9 por 1 mil), só sendo superada pela África, onde atinge 103 por 1 mil, e como consta no relatório, “a maior parte das mães são adolescentes que estavam fora do sistema de ensino no momento da gravidez” (UNFPA, 2016), corroborando a explicação do Movimento Todos pela Educação do parágrafo anterior.

Outra constatação do relatório do UNFPA (2016) é que a taxa de fecundidade de adolescente no Brasil diminui conforme aumenta a renda do lar, como o referido autor explica no documento:

Na verdade, as adolescentes que residem em domicílios com renda igual ou inferior a 25% do salário mínimo per capita apresentam uma taxa de fecundidade de mais de 126 nascidos vivos por 1.000 mulheres. Entre as que residem em lares com renda familiar per capita duas a três vezes superior ao salário mínimo, a taxa de fecundidade é reduzida a 31 nascimentos por 1.000 mulheres e, entre as que residem em lares com renda mais alta (iguais ou maiores que cinco vezes o salário mínimo) a taxa é de 8 por mil (CAVENAGHI, 2003).

A gravidez na adolescência apesar de ser uma condição multifacetada, tende a se tornar um problema social e de saúde pública pelas consequências sociais e psicológicas na vida dos jovens envolvidos, sobretudo, da menina e do seu bebê, quando vista como perda de oportunidade e sinônimo de risco (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

De acordo com relatório da Plan International e UNICEF (2014, p. 76),

as políticas públicas devem abordar de maneira mais veraz e responsável à integralidade dos fatores subjacentes à gravidez na adolescência (pobreza, marginalização, normatividade e desigualdade social), bem como a complexidade de determinantes culturais e emocionais, de tal forma que permitam a execução de ações que tratem as causas e não se limitem à proteção da adolescente grávida.

Diante de todos esses números, relacionados não só ao aborto na adolescência, mas ao índice de gravidez, especialistas em áreas como Saúde, Sociologia e Psicologia concordam categoricamente com medidas preventivas para evitar repetições de práticas abortivas ou postergar uma próxima gravidez, e consideram ações educativas prévias, como campanhas de esclarecimentos sobre sexualidade, contracepção, riscos e complicações, fundamentais para a vida sexual segura (SOUZA et al., 2001). Para tanto, faz-se importante a criação e implementação de políticas, programas e abordagens que impactem a vida cotidiana do adolescente, como propõe o documento anual da Plan International (organização não governamental humanitária) e UNICEF (2014), que visa contribuir para:

- empoderamento das adolescentes;
- elaboração de campanhas massivas de comunicação;
- programas sistemáticos de educação para a sexualidade que incluam aspectos afetivos e emocionais de acordo com a idade e que assegurem que as mães adolescentes não sejam objeto de discriminação e possam continuar seus estudos.

Amorim et al. (2009), no estudo de caso sobre os fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma escola-maternidade da Paraíba, também observa a necessidade da educação em saúde:

No Brasil, apesar do aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família, principalmente em regiões menos favorecidas, observa-se a ausência de políticas públicas voltadas para esta população, com lacunas tanto nos programas educativos como nos estímulos do uso de levar em consideração não apenas o início precoce da vida sexual, mas também a dificuldade do acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, aos métodos contraceptivos.

Desse modo, há consenso nos estudos. Deve-se abordar mais a gravidez na adolescência, principalmente, repensar a forma, a linguagem e o meio em que o tema é apresentado e tratado por órgãos governamentais brasileiros por meio de campanhas educativas e informativas para que se oriente sobre importância de uma reprodução sexual saudável e sem culpa nesta fase da vida. Seria uma utopia? Como esta problemática é incluída nas campanhas de saúde? Haveria uma metodologia aplicável às campanhas educativas para se chegar a um entendimento do público sobre o assunto? A educação em saúde vem sendo cada vez mais demandada por esse tema e algumas instituições governamentais vêm adotando ações em seus programas de saúde. Ainda não há, porém, modelo para se obter resultados eficazes no entendimento da comunicação por conta da adequação ao público-alvo. A realização de campanhas educativas passa a ser uma forte possibilidade de enfrentar o grande desafio apresentado nesta dissertação.

2 JUSTIFICATIVA

O maior incentivo para realizar esta dissertação foram as peculiaridades do tema – polêmico, controverso e em pauta atualmente (várias notícias e reportagens têm sido veiculadas sobre o assunto nos últimos meses de 2017 e começo de 2018). Ao mesmo tempo em que dados do governo mostram queda no número de adolescentes grávidas, outras fontes demonstram que esse quantitativo ainda é alto e se mantém, e criticam tanto a falta de programas específicos adequados quanto de políticas públicas para uma efetiva redução, como avalia o relatório do Conselho Nacional de Juventude (ABRAMOVAY et al., 2002, p. 104). Esse relatório considera que:

há lugar para políticas públicas em temas com grande força no âmbito privado, a saber: [...] planejamento familiar [...] garantia do lugar da mulher na sociedade, com respeito e dignidade, já que sua posição na família e em outras relações pode levar a uma gravidez precoce; garantia de prevenção contra DSTs/aids; e garantia de juventude [...] Bons níveis nutricionais e saúde reprodutiva, como fatores básicos à transição para formação de família. A intervenção do governo nas áreas citadas é geralmente tida como deficiente.

De acordo com relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) apud Magri (2013), a cada ano, 700 mil adolescentes tornam-se mães, das quais 2% têm entre 10 e 14 anos. Esse dado é alarmante quando analisado pela perspectiva econômica. Segundo a ONU, a produtividade do país poderia aumentar em US\$ 3,5 bilhões, ou seja, R\$ 7,6 bilhões sem a gravidez inesperada na adolescência. Neste mesmo relatório, ainda são levantados outros problemas sociais que poderiam ser evitados, se o número de ocorrências de gravidez na adolescência diminuísse (ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS apud MAGRI, 2013).

O MS estima que no Brasil, cerca de um milhão de adolescente engravide todo ano, das quais 10,7% acaba abortando (TAKIUTI, 1997). Essa alta frequência é um dos motivos que faz com que a gravidez na adolescência se torne, entre outros já citados, problema de saúde pública. Há sérios riscos tanto para a mãe quanto para o filho, seja pela falta de pré-natal (por esconder a gravidez da família e só procurar por assistência médica tardiamente), seja pela tentativa de aborto ou mesmo pelas condições físicas do corpo. Não é à toa que a gravidez na adolescência é identificada em vários estudos médicos e sociológicos como um grande problema a ser enfrentado. O Institute Alan Guttmacher (1994) reforça que seja um problema de saúde pública pela frequência com que ocorre, sendo que “o Brasil representa a quarta causa de morte materna, devido a complicações”.

Outra preocupação de sociólogos e médicos é a evasão escolar, apontada em vários estudos como consequência da gravidez na adolescência. Pesquisa sobre evasão escolar feita pelo Ministério da Educação em parceria com a Organização dos Estados Ibero Americanos (OEI) e a Faculdade Latino-Americana de Ciências (Flacso) identificou que 18,1% das adolescentes entrevistadas indicaram a gravidez como o principal motivo de suas desistências escolares. Isso porque, muitas vezes, a mulher acaba responsabilizando-se sozinha pela criação do filho. Essa situação se agrava ainda mais quando a mãe pertence a classes com menor poder aquisitivo, em que se faz necessário se inserir no mercado de trabalho para ajudar com a renda doméstica, o que acaba dificultando a conciliação dos estudos com o trabalho (HEILBORN et al., 2002, p. 39).

Um outro levantamento, do Movimento Todos pela Educação, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2013, identificou que o Brasil tinha 5,2 milhões de meninas de 15 a 17 anos (IBGE, 2015), das quais, 414.105 tinham pelo menos um filho, e 309.374 delas estavam fora da escola e 52.062 apenas trabalhava. A maioria dessas adolescentes (257.312) não estudava nem trabalhava. Outro agravante seria relacionado à saúde pública, ao se desconsiderar a possibilidade de contágio por DST/AIDS, à qual os adolescentes estão sujeitos por não se precaverem e pela imaturidade própria da idade (MOURA et al., 2011, p. 15-20).

Para mitigar esse problema, a pesquisa “Gravidez na Adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil (Gravad)” aponta para a necessidade da implantação de programas e campanhas específicos para se atingir o adolescente em seu íntimo, em seu contexto social e cultural (HEILBORN et al, 2006, p. 30). Essa pesquisa defende não somente a abordagem em planejamento familiar, incluindo as mulheres em união conjugal, mas também a definição de campanhas de saúde sobre proteção envolvendo a todos.

O resultado do referido estudo, realizado com 4.634 jovens, de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 24 anos, moradores das capitais Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, apesar de mostrar que a gravidez antecipada é recorrente entre jovens com menor escolarização e baixa renda, desconstrói a visão de que a gravidez na adolescência possa ser considerada um problema social e a coloca como objeto de análise. O foco é dado ao processo social como um todo, ao sistema e não à população etária. O estudo faz uma desconstrução do perfil do adolescente e seu contexto social, trazendo reflexões sob uma perspectiva socioantropológica, concluindo que é importante a realização não só de

campanhas em saúde relacionadas à prevenção da gravidez na adolescência, mas também de programas efetivos e políticas relacionadas (HEILBORN et al., 2006, p. 405).

Os autores Lopez e Moreira (2013), ao abordarem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem, consideram que a falta de um olhar ao contexto social, cultural e econômico do adolescente, em seu múltiplo perfil, desfavorece a adoção de políticas públicas ao mesmo tempo em que se perde o fio condutor das reais necessidades dessa população. Isso reforça a proposta da pesquisa Gravad, de que é importante contextualizar a estrutura social, atentar-se à biopsicologia, dentre outros aspectos, para se abordar o tema com propriedade nas campanhas e ações estratégicas deste público. Também há necessidade de novas orientações e diretrizes políticas sobre ações educativas, que partam de reflexões teórico-metodológicas do campo da Educação em Saúde, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), para não estar predominantemente restritas à transmissão do conhecimento e prescrição de comportamentos (NOGUEIRA; MODENA; SCHALL, 2009).

Em paralelo, há legislações voltadas ao adolescente, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), mas que incluíram somente em 2018 normas específicas vinculadas ao tema gravidez, por exemplo. E há autores que reforçam esta problemática. A falta de diretrizes objetivas e fáceis de entendimento acerca do atendimento em saúde pública referente à gravidez na adolescência compõe um contexto de precariedade do atendimento preventivo e assistencial às adolescentes, muito comum nas Unidades Básicas de Saúde (TEIXEIRA; SILVA, 2013 apud JAGER et al., 2014).

Para Godinho et al. (2000), a iniciação sexual tem sido muito precoce (de 14,7 anos) e aponta a falta de programas de educação sexual nas escolas e planejamento familiar nos serviços públicos de saúde como fatores que podem propiciar a gravidez não planejada, o que acarretará maior dependência dos pais, além de uma série de situações frustrantes, uma vez que as adolescentes que engravidam idealizando independência e liberdade, veem que não têm apoio do companheiro e se encontram mais dependentes que antes.

Nesse sentido, observa-se a necessidade de campanhas e programas de saúde educativos tanto para os envolvidos diretamente no assunto quanto para o público indireto que são os familiares e profissionais de saúde, professores e demais profissionais do ambiente escolar. São indispensáveis, portanto, ações que tenham vínculo total com a questão, que sejam adequadas para que a informação chegue ao público e tenham o devido resultado, como estabelece a educação em saúde para a criação de campanhas educativas bem como a sistemática da Literacia em Saúde, uma nova concepção que engloba as competências

Fundamental, Cívica, Cultural e Científica como essenciais para o público compreender a mensagem.

No estudo “Gravidez na adolescência e a evasão escolar”, realizado em uma cidade do norte do Paraná, identificou-se que as primeiras informações sobre sexo foram obtidas, por 44% dos entrevistados, na escola; 29% com os pais; 20% com os amigos; 3% com os irmãos, 3% com a internet; e 1% não respondeu. Foram entrevistados 188 alunos na faixa de 12 a 17 anos, sendo 66 do sexo masculino e 122 do sexo feminino, das quais 37 gestantes (CARVALHO; MATSUMOTO, 2009, p. 8-11). Eles diagnosticaram que as campanhas na mídia sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs/AIDS) tornaram a camisinha como método contraceptivo mais conhecido. Em média, do total de adolescentes entrevistados, 35% se diz fazer uso de algum tipo de método contraceptivo. Segundo a pesquisa, muitos adolescentes que demonstram ter vida sexual ativa, possuem conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, apesar de o índice de gravidez nesta faixa etária, nesta região do Paraná ainda ser alto.

De acordo com Jardim e Brêtas (2011), as adolescentes conhecem os métodos contraceptivos e ainda engravidam porque há um distanciamento entre o conhecer e o usar. Eles afirmam que é preciso fomentar a reflexão e negociar com os adolescentes a utilização do seu conhecimento para a sua proteção, uma vez que privilegiar o aspecto informativo não foi suficiente. As informações sobre conduta contraceptiva de prevenção até AIDS não asseguram sua eficácia entre eles. A questão dogmática também se apresentou no estudo de Jardim e Brêtas (2011) e que pode levar a outra consideração, o diálogo sobre sexo entre pais e filhos é ainda tabu na maioria das religiões e reforça essa lacuna entre a informação e o receptor da mensagem, no caso, os adolescentes. Suplicy et al. (2004) consideram que os pais transferem o diálogo para a escola pois sentem dificuldades nesse processo dialógico, conseguem falar melhor sobre drogas que sexo.

Algumas práticas comunicacionais que englobam uma conceituação mais adequada, para que haja a interlocução necessária ao entendimento da mensagem na saúde e o devido diálogo são a Educação em Saúde e a Literacia em Saúde – termo que se refere à vasta gama de competências que as pessoas usam para procurar compreender, avaliar e usar as informações e os conceitos de saúde em benefício próprio (ZARCADOOLAS; GREER; PLEASANT, 2006). Nesse mesmo estudo, intitulado A complexa simplicidade: explorando as mensagens simplificadas da saúde em um mundo complexo, Zarcadoolas (2006 apud Rudd, 2002) aponta que, pela Literacia em Saúde, o público usa a alfabetização de saúde para fazer escolhas informadas, reduzir os riscos para a saúde e melhorar a qualidade geral de

vida. O conceito da educação em saúde também pode se traduzir sob essa mesma perspectiva, permitindo ao estudante obter uma percepção própria da sua sexualidade.

Tratam-se de práticas sociais criteriosas, porém, para esta dissertação, será adotada apenas a Educação em Saúde para embasar a importância e a necessidade de campanhas sobre gravidez na adolescência, iniciativa reforçada por demandas advindas de várias organizações e instituições públicas ou até privadas, para que as mensagens cheguem ao público-alvo. Novamente, os documentos, Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas, elaborado pelo Conselho Nacional de Juventude (Conjuve) e o Relatório de Desenvolvimento Mundial 2007: o desenvolvimento e a próxima geração, assinado pelo Banco Mundial, também buscam novas diretrizes para se atingir o público jovem e, em suas análises, propõe-se a criação de campanhas para abordar a gravidez na adolescência. Esses documentos também recomendam ampliar programas, ações e projetos que estimulem as escolas a oferecer o devido amparo às jovens grávidas e às jovens mães; combater os estereótipos que a mídia costuma divulgar sobre a gravidez na juventude; e inserir os homens jovens no debate sobre paternidade responsável (ABRAMOVAY et al., 2002, p. 124).

No caso das campanhas governamentais, foram analisadas neste projeto, com base na Matriz Analítica de Materiais elaborada pela autora Rodrigues (2010), e verificada sua efetividade por meio dessa sistemática como resultado para a promoção da saúde e exercício de cidadania e bem-estar coletivo (NUTBEAM, 2000).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Este trabalho tem como objetivo geral analisar os materiais produzidos no âmbito de campanhas oficiais sobre gravidez na adolescência, elaboradas por órgãos do setor de saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), visando contribuir para o aprimoramento das ações de educação em saúde como subsídio a políticas públicas relacionadas ao assunto.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar, nas campanhas analisadas, o propósito educativo pretendido no seu processo de formulação e sua coerência em relação às políticas que norteiam as ações setoriais;
- Identificar, no escopo das campanhas analisadas, os elementos que podem contribuir para melhorar a atenção à saúde, do ponto de vista individual e coletivo;
- Apontar para a adequação das diferentes campanhas analisadas a finalidade da promoção da saúde reprodutiva junto à audiência a que se destina;
- Contribuir para o processo de formulação de políticas públicas sobre gravidez na adolescência, com ênfase no papel da educação em saúde para a promoção da saúde reprodutiva.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A população adolescente no Brasil

O Brasil é um país ainda muito jovem em relação à população se comparado a outros países da Europa, por exemplo. Segundo Silva e Oliveira (2016), no Brasil, há 21,1 milhões de jovens, entre 12 e 18 anos, o que corresponde a 11% da população brasileira. Em um estudo sobre o perfil deste jovem, esses autores analisaram ainda que, na Região Sudeste, concentra-se o maior número de adolescentes, 38,7%; seguida pelo Nordeste, com 30,4%; regiões Norte (10,2%), Centro-Oeste (7,4%) e Sul (3,3%). Silva e Oliveira (2016, p. 297) apontam ainda que entre os adolescentes dessa faixa etária há quase a mesma proporção por sexo, sendo 51,19% meninos e 48,81% meninas. Já no quesito raça/cor, 58,9% dos adolescentes de 12 a 17 anos se autodeclararam negros (pretos e pardos), 40,4%, brancos e menos de 1% se declarou de outras raças – amarela ou indígena. Mais de 80% dessa população vivia em residências localizadas em áreas urbanas, enquanto uma minoria em zonas rurais. Havia uma proporção de cerca de cinco adolescentes para apenas um vivendo em residências em áreas rurais (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

Já em relação à escolaridade desses jovens brasileiros, o censo mostra uma grande defasagem entre a idade e o grau de escolaridade, principalmente para os adolescentes entre 15 e 17 anos, que deveriam estar cursando o ensino médio ou já tê-lo concluído, segundo Silva e Oliveira (2016). Além disso, em seu estudo apontam que cerca de um terço dos adolescentes dessa faixa etária ainda não havia terminado o ensino fundamental e menos de 2% (1,32%) havia concluído o ensino médio, mas o desfalque não para por aí. Entre os 12 e 14 anos, idade em que se deve estar nos últimos anos do ensino fundamental, os dados mostraram que a maioria (93,3%) tinha o fundamental incompleto e apenas 3,47% havia completado esse nível de ensino, ou seja, não concluíram seus estudos no período relativo à idade (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, insere-se a saúde do adolescente, que até há pouco tempo era considerado uma pessoa saudável que não necessitava de atenção neste quesito a não ser pela saúde reprodutiva (JAGER, 2014). A própria Constituição Brasileira, em seu artigo 227, atribui as responsabilidades da família, do Estado e da sociedade para a infância e à adolescência:

é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à

dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [...] (BRASIL, 1988).

No dossiê das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, elaboradas por diversas instituições de proteção juvenis e tendo à frente o Ministério da Saúde, são retratados vários aspectos e fatores considerados importantes para a saúde integral do adolescente e, sobretudo, da adolescente que engravida (BRASIL, 2010a).

Nesse estudo, afirma-se que o jovem a partir de 2000 passou a ser visto como sujeito que precisa de investimento pois tem grande peso para o crescimento econômico nacional, além de inferir preocupação por conta dos índices de morte por motivos externos, dentre eles, a gravidez, o parto e o puerpério, sendo o ciclo gravídico puerperal a terceira causa; estão no ranking de Mortalidade por Todas as Causas e Ciclos de Vida (BRASIL, 2015).

Embora tenha havido um aumento na distribuição gratuita dos métodos contraceptivos no SUS, de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006), bem como o percentual de meninas em idade reprodutiva recorrendo ao sistema de saúde em busca de algum tipo de contracepção (de 7,8% para 21,3%), os índices de gravidez na juventude ainda são altos. Repetindo alguns dados apresentados no capítulo anterior, em 2013, por exemplo, de 5,2 milhões de meninas de 15 a 17 anos, 414.105 tinham um filho, pelo menos. Deste grupo, 104.731 apenas estudavam e 309.374 estavam fora da escola. Enquanto um pequeno grupo só trabalhava (52.062), a maioria dessas jovens (257.312 adolescentes) não estudava nem trabalhava, além de apresentarem os piores índices de escolaridade entre o grupo que estava fora da escola. Além disso, a maioria delas (55,4%) não havia completado o ensino fundamental.

Apesar desses números, o PNDS (2003) apontou ainda que das jovens sexualmente ativas, na faixa etária de 15 a 19 anos, 66% já tinha adotado alguma prática contraceptiva (IBGE, 2015). As mais usadas foram o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis com 5% (PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER, 2006; BRASIL, 2010a). Ainda neste dossiê, reforçou-se que “o início da vida sexual mais cedo provocou um rejuvenescimento do padrão reprodutivo, uma vez que em 1996, a média de idade para ter o primeiro filho era de 22,4 anos; enquanto que, em 2006, passou para 21 anos, mesmo havendo uma queda na fecundidade em todo o Brasil”.

De 1992 a 2006, a taxa de fecundidade na adolescência, havia crescido em 0,14 no quintil mais baixo economicamente (BRASIL, 2010a). E, em relação ao total de partos

realizados pelo SUS em 2007, mostrou-se um percentual muito próximo entre jovens de 20 a 24 anos (56,19%) e adolescentes de 15 a 19 anos (42,43%) e de 10 a 14 (2,23%), sendo o maior percentual, jovens de 10 a 24 anos, localizados no Sudeste (57,18%), 56,1% no Centro-Oeste e Nordeste com 55,48% (BRASIL, 2010a). Ainda neste levantamento, foi identificada uma variação na distribuição dos partos por idade – de 15 a 19 anos –, há um percentual maior de partos no Sul, com 44,43%, na sequência vem o Norte com 44% e 41,55% no Centro-Oeste. Para as adolescentes de 10 a 14 anos, a prevalência é de 3% no Norte; 2,37% no Nordeste e 2,28% no Sul.

Em paralelo a este contexto, a gravidez na adolescência tem favorecido à evasão escolar e em outros casos, a falta de perspectiva profissional. De acordo com levantamento do PNAD (2013) havia no Brasil mais de 415 mil adolescentes que já tinham se tornado mães, das quais 18% estavam fora da escola por terem engravidado. Mais de 257 mil delas não trabalham, nem estudam e compõem um grupo de 11 milhões de jovens, entre 15 e 29 anos (ONU, 2018). Sejam pelas características psicológicas ou biológicas que a faixa etária traz consigo, a condição de gravidez pode perpetuar-se por vários fatores e a formação é um deles. Dadoorian (2003, p. 90) segue sob esta perspectiva do perfil da adolescente apontando que

a ausência, nas adolescentes que optam pela gravidez, de uma visão mais abrangente sobre o seu estado gera consequências que repercutem em dois níveis: no individual, que se refere aos aspectos psicológicos expressos em cada uma dessas adolescentes, e no social, isto é, nos aspectos sócio-econômicos, na medida em que a gravidez em adolescentes, sobretudo em jovens provenientes de classes populares, multiplica as condições de reprodução da pobreza econômica e social.

4.2 Adolescência, a fase das transformações

Um período de transformações no corpo e na mente. Uma fase de mudança, entre a vida infantil e a vida adulta, a adolescência é considerada por Jean Piaget, um dos principais pesquisadores e estudiosos em Educação, a última das fases do desenvolvimento, quando o pensamento atinge a maturidade do seu desenvolvimento e o indivíduo torna-se capaz de operar a partir de conceitos abstratos, sendo, assim, capaz de abstrair e generalizar ideias (AMARAL, 2007). Em paralelo, há também modificações fisiológicas e emocionais envolvendo, sobretudo, os órgãos de reprodução sexual.

É nessa fase repleta de descobertas e mudanças que também se acelera a atividade sexual, cada vez mais precoce (AZEVEDO et al., 2015, p. 1), com consequências

indesejáveis, como a gravidez que traz diversos significados para os adolescentes envolvidos, seus familiares e para a sociedade. Em paralelo, há uma série de fatores e sentimentos envolvidos na vida do adolescente, há toda uma transformação pela qual ele e a sua família passam a viver. Em meio a essa transformação, a gravidez não planejada pode surgir com riscos à vida da adolescente (como já colocado nos capítulos anteriores) e também ao seu bebê. Em muitos casos, corre-se risco de vida do bebê ou da mãe. Em um levantamento do SINASC (NEVES FILHO et al., 2011) aponta que cerca de 17% dos recém-nascidos estavam abaixo do peso.

Em outro relatório, a ONU levantou que, em 2014, mais de 2 mil meninas morreram durante a gravidez, ou o parto ou pós-parto. Neves Filho et al. (2011) mostra que entre as adolescentes, 24% dos bebês tiveram idade gestacional menor que 37 semanas, enquanto entre as mães acima de 20 anos, somente 15,7% eram prematuros. Entre as adolescentes, 25% dos bebês nasceram com peso menor de 2,500 gramas e, entre as adultas, 16,9% tinham baixo peso. Entre as que realizaram pré-natal adequado, a ocorrência de baixo peso foi de 12,3% e de 22,1% no grupo cuja assistência foi inadequada.

Entretanto, o maior choque da gravidez na adolescência é o psicossocial que vai refletir na deserção escolar e baixa escolaridade, geração de mais filhos, desemprego mais frequente, fracasso na relação com o parceiro (maior risco de separação, divórcio e abandono) e menor probabilidade de alcançar bons salários por toda a vida (NEVES FILHO et al., 2011). Para reforçar essa visão, dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) apontam que a gravidez na adolescência contribui para perpetuar o ciclo da pobreza e para a “feminização” da miséria (NEVES FILHO et al., 2011). Nesta avaliação, segue ainda que a pobreza pode exacerbar, em alguns indivíduos, tais riscos. Outros ainda se estendem ao aumento do risco de parto prematuro, mortalidade perinatais, neonatais, maternas, práticas de aborto, doença hipertensiva, síndrome hemorrágica, infecção urinária, entre outras doenças. Esses riscos reforçam a importância da prevenção dessas variáveis na assistência pré-natal e no parto (AZEVEDO et al., 2015, p. 8).

Os indicadores e afins apontam ainda para outros problemas surgidos com a gravidez na adolescência que não apenas relacionados à saúde física, mas também à biopsicossocial. Dias e Teixeira (2010) trazem um olhar diferenciado sobre esta questão e mostram a complexidade embutida nela por meio de uma reflexão da origem deste fenômeno que analisa os riscos e comportamentos originados pelo emocional que podem atingir a saúde tanto da mãe quanto do bebê e quais os fatores precursores disso. Eles explicam que até meados do século 20, a gestação na adolescência não era considerada questão de saúde pública e o tema

não recebia atenção de pesquisadores como recebe atualmente, também por conta do aumento no número de adolescentes grávidas frente à redução das taxas de fecundidade nas faixas etárias acima de 25 anos (YAZAKI, 2008 apud DIAS; TEIXEIRA, 2010).

As associações que fizeram para entender a complexidade da gestação nesta fase da vida – consideraram os fatores pré-gravidez até os socioculturais. Concluíram que há uma visão negativa sobre a condição da adolescente grávida por conta das perspectivas biológicas (riscos ao bebê e à mãe) e expectativas social (por haver uma ruptura no desenvolvimento típico desta idade), uma vez que pode implicar mudanças no modo de vida da adolescente, sendo limitada ou prejudicada em determinadas atividades neste período, como escola e lazer.

Neste levantamento identificou-se que a maioria dessas jovens (257.312 adolescentes) não estudava nem trabalhava. O estudo mostrou ainda que as mães adolescentes que não trabalhavam nem estudavam apresentavam os piores índices de escolaridade entre o grupo que estava fora da escola. A maioria delas (55,4%) não havia completado o ensino fundamental. Os dados reforçam o que muitos estudos sociais, como o de Dias e Teixeira (2010) apontam: a gravidez na adolescência é vista como um problema pela sociedade brasileira. Ainda assim esses pesquisadores enfatizam que “isso não é um fenômeno homogêneo pois dependendo do contexto social em que a adolescente vive, o significado da gestação, assim como o impacto dessa experiência de vida no desenvolvimento da jovem, pode assumir diferentes contornos”.

Essa visão sobre as diferenças dos perfis dos adolescentes é compartilhada por vários pesquisadores e estudiosos, como Heilborn (2006), Dadoorian (2003), Abramovay et al. (2002) e outros, uma vez que identificaram a complexidade do fenômeno que considera vários aspectos, como classe social, fatores socioeconômicos e culturais distintos. Diante da diversidade dos perfis dos jovens faz-se necessária a desconstrução da imagem de que a gravidez na adolescência, seja precoce ou indesejada, leva em consideração os determinantes sociais para tal identificação e seu contexto social. Heilborn (2006) ressalta que a multidiversidade do perfil desse adolescente precisa ser considerada pelas políticas públicas.

A pesquisa Gravad foi desenvolvida para analisar o processo de construção social da temática. Realizada por pesquisadores dos três centros de pesquisa – Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde (IMS – Instituto de Medicina Social da UERJ), Programa de Estudos em Gênero, Mulher e Saúde (MUSA/ISC/UFBA – Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia) e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (NUPACS) – liderados pela historiadora antropóloga Maria Luiza Heilborn, com jovens dos estados do Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador para relativizar a questão ao evidenciar as condições sociais e históricas sobre as realidades encontradas e suas consequências, como cita neste trecho:

[...] a sexualidade juvenil deve ser compreendida em um contexto mais amplo de transformações familiares, uma vez que é exercida frequentemente fora do âmbito matrimonial e na casa parental. Este contexto integra o processo de diversificação das experiências no âmbito da sexualidade e, em particular, das mudanças no exercício da sexualidade desenvolvidas no Ocidente a partir do século XIX e, de modo mais marcado e acelerado, no século XX [...] (HEILBORN et al., 2006, p. 410).

E essa desconstrução apresenta um balizamento para a criação de ações educativas que considerem os diferentes perfis existentes no Brasil. Rangel e Queiroz (2008) confirmam esta conceituação ao considerar que a representação da gravidez na adolescência também tenha o seu devido pertencimento ao grupo social onde há a situação:

a representação teve uma ligação com o nível sócio-econômico-demográfico: as mais favorecidas acreditam que a gravidez nessa fase seria um destruidor de planos futuros. O segmento oposto representou a gestação como identidade “natural do feminino”. Tais evidências denotam a necessidade de os profissionais de saúde atentarem para a diversidade de pertencimentos sociais-culturais-econômicos, visando proporcionar autonomia na escolha do momento da gravidez e garantir os direitos sexuais e reprodutivos.

Neste sentido, há uma questão de mudanças culturais (tanto de agentes, comunidade, pais e dos próprios adolescentes) para se obter resultados com as informações transmitidas. Entretanto, é possível. O conceito de adolescência pode ser mudado assim como o entendimento desta fase da vida por parte da sociedade e de específicos nichos sociais. Independente disso, porém, a transição entre a vida infantil e a vida adulta é construída pela identidade do adolescente, que passará pela transição da escola para o trabalho, para se chegar ao senso pessoal de identidade e essas associações são elementos centrais para toda esta construção identitária (ERIKSON, 1976 apud DIAS; TEIXEIRA, 2010, p. 212-219). Nessa lógica, os autores apontam que:

a gravidez na adolescência seria uma experiência indesejada, dado que restringiria as possibilidades de exploração de identidade e de preparação para o futuro profissional. Em função disso, a gravidez na adolescência passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade. Tornou-se, por isso, um problema social e de saúde

pública. De fato, atualmente, a literatura biomédica utiliza expressões como gravidez precoce, indesejada, não-planejada e de risco para descrever e enfatizar as consequências sociais e biológicas negativas associadas ao fenômeno. Assim, estabeleceu-se uma idéia implícita de adolescência na qual a gestação não está incluída como experiência normativa. Pelo contrário, ela é vista como um desvio de percurso, um evento supostamente não desejado pelas adolescentes e cujas consequências frustram o que seria considerada uma "boa" adolescência.

Dias e Teixeira (2010) questionam ainda se realmente a adolescência e a gravidez conflitam entre si, mas colocam que esta visão depende da forma como se entende esta fase da vida – não somente em termos teóricos, mas sobretudo, em termos sociais, o que se espera do adolescente socialmente e como a sociedade contemporânea se abre a ele e o que lhe oferece.

4.3 Adolescência e a maternidade/paternidade precoce

Enquanto famílias de classe média baixa conseguem manter a estrutura familiar para o(a) filho(a) adolescente continuar nos estudos, famílias de baixa renda não têm essa mesma condição e possibilidade e, acabam optando pela retirada da adolescente da escola, para que ela também possa trabalhar para o sustento do filho como se observou nos indicadores do IBGE (2015) e de outros institutos, no capítulo anterior. Muito mais meninas são prejudicadas que meninos, como também apontou a pesquisa do IBGE (2015). No entanto, essa complexidade, como explicam as autoras Heilborn e Dadoorian (2003) está no contexto socioeconômico-cultural.

Em vários artigos, como o de revisão de literatura “Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo”, analisa-se a diferença de comportamento das adolescentes em relação à maternidade (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Novamente, identifica-se que a maioria das meninas de maior poder aquisitivo, não inclui em seu discurso a vontade de ser mãe e para elas esta situação iria impossibilitá-las de se desenvolver na sociedade, com seus estudos e carreira profissional, embora pudessem ser sustentadas pela família. Já as meninas de baixo poder aquisitivo são mais susceptíveis e abertas a aceitar a vida materna. Isso é explicado por vários fatores, segundo Dadoorian (2003), como a busca por reconhecimento de sua cidadania, sentimento de valorização, a falta de afetividade na família, sobretudo, com a mãe, a idealização de família. Esta condição carrega consigo vários transtornos (como já colocado acima), como o abandono dos estudos ou a sua prorrogação, maior dependência financeira dos pais, uma vez que a maioria das adolescentes continua

morando com os pais após o nascimento do filho, já que o pai da criança é, na maioria dos casos, também adolescente (DADOORIAN, 2003).

Outro aspecto apresentado por esses autores é o empoderamento que a adolescente passa a ter; a condição materna é uma mudança de *status* social para a sua sobrevivência em seu meio, por também ser a única forma de conseguir se sobressair. De acordo com Dias e Teixeira (2010, p. 128) percebeu-se “a reafirmação de projetos de mobilidade social pela adolescente a partir da sua gravidez que também pode fazer parte do projeto de vida dela, uma vez que funciona como uma espécie de ‘passaporte’ para entrar na vida ‘adulta’”. Esse fenômeno parece demarcar, neste contexto estudado, a entrada da jovem no mundo adulto, de maneira legítima, uma vez que a adolescente passa a ser reconhecida como adulta pela família, professores e colegas de escola. Pantoja (2003) apud Dias e Teixeira (2010) também explicam que

a gravidez/maternidade propicia às jovens a reafirmação de projetos de ascensão social, pois a busca por continuidade dos estudos, que demanda esforços tanto da jovem como de sua família, indica a procura por melhores condições de vida para si e para a futura criança. Assim, neste contexto, a opção pela maternidade e continuidade dos estudos significa manter-se firme no projeto de “*ser alguém na vida*”.

Mesmo neste processo de ressignificação, a adolescente passa por várias dificuldades que nem sempre são superadas facilmente, como afirma ainda Silva e Salomão (2003) apud Dias e Teixeira (2010, p. 125):

adaptar-se ao papel materno, ao mesmo tempo em que é adolescente e filha, não é uma tarefa fácil para a jovem. De fato, as transformações emocionais e cognitivas características pelas quais as adolescentes passam nesse período do desenvolvimento fazem com que as jovens apresentem mais dificuldades para desempenhar de maneira satisfatória o papel materno, uma vez que não dispõem, na maior parte das vezes, dos recursos psicológicos necessários para entender e tolerar as demandas diárias e frustrações da maternidade.

Há ainda outros aspectos considerados impactantes na representação dessa gravidez no seio familiar de baixo poder aquisitivo, como a reaproximação na família ou ainda a questão de suprir uma carência emocional, como Dadoorian (2003, p. 88) cita em sua pesquisa:

com relação ao interesse da mãe da adolescente pelo seu neto, é um fato bastante observado que se expressa na fala das avós, dizendo que a filha é muito nova e que não sabe cuidar da criança. A maioria das adolescentes entrevistadas nesta pesquisa relatou que ia deixar o filho com a mãe para poderem ir trabalhar. Essas situações revelam o falo (filho) como um

presente da adolescente para a sua mãe. Por outro lado, por meio da maternidade da filha, a mãe revive, mais uma vez, o seu desejo de completude, de reparação de suas carências afetivas.

A autora apresenta como o fato é visto pela família:

inicialmente, a família da adolescente não reage favoravelmente à gravidez da filha, afirmando que ela é muito nova. Entretanto, após esse primeiro momento, aceita esse fato posicionando-se inclusive contra o aborto. A gravidez da jovem é vivida por toda a família, sendo o filho um traço de união entre eles (DADOORIAN, 2003, p. 88).

Em geral, os estudos desses pesquisadores apontaram que, em sua maioria, as famílias tendem a reações negativas ao receberem o teste positivo da filha, além de não estarem preparadas para esta recepção. Dias e Gomes (1999, p. 101) verificaram que apesar de conseguirem perceber adequadamente o que acontecia com a sexualidade das filhas, não conseguiam oferecer orientações sexuais efetivas para elas:

as suas orientações falhavam devido a diversos motivos: 1) estimativas equivocadas acerca do conhecimento das filhas sobre métodos contraceptivos; 2) tentativas de postergar a iniciação sexual das jovens; e 3) sentimentos de inaptidão para falar tanto sobre sexualidade como sobre métodos contraceptivos com as filhas.

Em meio às diferenças de conceituação da gravidez na adolescência, observa-se que falta de informação por um lado (BUENO; NEME; ALDRIGHI; CASSIANI & VERA, 1996), erros na utilização de métodos contraceptivos e ausência de conversas na família (DIAS; OLIVEIRA; GOMES, 1997), entre outras observações estão relacionadas ao tema.

4.4 Políticas públicas sobre a saúde do adolescente

Todo cidadão tem, por direito constitucional, acesso à saúde. Essa garantia é estabelecida em legislações; algumas delas, especificamente voltadas à criança e ao adolescente por meio da promoção da saúde. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, por exemplo, é uma portaria que rege a Política Nacional de Promoção da Saúde e traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Apresentamos a seguir um resumo das principais políticas públicas que se aplicam à garantia dos direitos sociais e da atenção integral à saúde do adolescente:

- **Lei nº 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):** estabelece a proteção integral à criança e ao adolescente, entre 12 e 18 anos, para que possa ter seu “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. Uma observação é a alteração do artigo 8º. Somente após 26 anos de existência, inclui-se uma garantia mais abrangente à assistência às adolescentes grávidas, como o acesso aos programas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo (BRASIL, 1990).
- **Portaria nº 2.488 - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):** criada como resultado da consolidação do SUS por diferentes atores sociais, estabeleceu uma descentralização da saúde a partir das Unidades Básicas de Saúde para se atender “aos princípios da universalidade, acessibilidade, [...] humanização, equidade e participação social”, tornando os espaços e as ferramentas de saúde mais próximas de seus usuários. Em suas prioridades estão as diretrizes norteadoras da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012a).
- **PNAISAJ:** ainda não promulgada, foi resultado de uma série de oficinas e seminários promovidos pela Saúde do Adolescente e do Jovem em 2005, o que também poderia ser considerado uma ampliação e renovação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989 com a mesma proposta, mas com inúmeros ajustes, conforme será abordado brevemente. A sua proposta visa um atendimento amplo a esse público propondo qualidade de vida por meio de ações conjuntas, sob uma perspectiva biopsicossocial construída por diversos atores sociais, incluindo os próprios adolescentes e jovens e considerando sua múltipla faceta (BRASIL, 2007b).
- **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde:** os debates para a consolidação tiveram início em 2004, por meio de uma Oficina Técnica, envolvendo diversas instituições, grupos de jovens e adolescentes bem como vários parceiros que se integraram na sua construção, como a OPAS e a Sociedade Brasileira de Pediatria, por exemplo. Assim, definiram os objetivos e as estratégias para contribuir para uma mudança no quadro nacional de vulnerabilidade desse grupo populacional bem como propiciar o seu desenvolvimento saudável. Foram criadas em 2010 como “forma de

sensibilizar gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 11).

- **Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em conflito com a lei (Portaria MS nº 1.082):** define as normas e os critérios para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, que estejam em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas. Esta legislação também foi elaborada como forma de revisar o atendimento, a gestão, implicando mudanças com sustentação éticas e morais (BRASIL, 2014).
- **Programa Saúde na Escola (PSE) (Decreto Presidencial nº 6286/2007 e Portaria GM nº 1861/2008):** criado para estabelecer a atenção à saúde do adolescente e do jovem por meio do intermédio entre as escolas e as unidades de saúde, para promover troca de informação sobre as condições de saúde dos estudantes e fomentar a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde. Desse modo, busca-se ampliar o alcance das informações, o fortalecimento do desenvolvimento escolar, a partir de espaços, equipamentos e recursos disponíveis por meio de uma articulação com as ações do SUS para as redes de educação básica pública, e assim, contribuir ainda para a cidadania e os direitos dos estudantes (BRASIL, 2008).
- **Cadernetas de Saúde de Adolescentes (CSA) - Portaria nº 3.147, de 17/12/2009:** materiais educativos criados para oferecer orientações e apoio à atenção à saúde da população juvenil (tanto para meninos quanto para meninas), pois tem como estrutura, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desse público. Além disso, visa orientar a prevenção de doenças e agravos à saúde, e promover o aprendizado e a consolidação de estilos de vida saudáveis, incluindo o assunto de gravidez na adolescência (BRASIL, 2009). As ações para a implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente deverão constar do Plano de Saúde e das Programações Anuais. Esses informativos necessitam de melhorias, conforme será apresentado no capítulo de Análise e Resultados.
- **Programa Mais Saúde – Direito de Todos (2008-2011):** criado pelo Ministério da Saúde e seus parceiros, em articulação com o Ministério da Educação, incluiu uma diretriz estratégica implementar para o Programa Saúde nas Escolas, buscando avanços para um novo padrão de desenvolvimento focado no crescimento, bem-estar e na melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro. Ações específicas

promoveram a educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção de gravidez precoce, além de DST, em 74.890 escolas de 3.500 municípios, englobando alunos do ensino técnico, médio e fundamental que participaram de oficinas e ganharam kits (BRASIL, 2010b).

- **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE):** criado pela Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, foi elaborado em conjunto pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para oferecer ações educativas junto a jovens que cometem atos infracionais e vivem tanto em reclusão quanto em liberdade, propondo uma reinserção social, educacional, cultural e profissional (BRASIL, 2006).
- **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens:** é um manual voltado aos gestores e profissionais de saúde, para orientá-los na organização dos serviços em saúde, seja na implantação de ações integrais, resolutivas e participativas a partir da realidade da região atendida, por isso é adaptável. Suas diretrizes se estendem ao acompanhamento do crescimento e o devido desenvolvimento da população referida, orientações nutricionais, imunização, realização de atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes. “Por essa razão, tornam-se indispensáveis a organização da demanda e a identificação dos grupos vulneráveis e em situação especial de agravo” (BRASIL, 2007c).
- **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) 9.394/96 e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):** por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, essas duas legislações confluem para a educação em saúde, uma vez que orienta que as ações de saúde, incluídas as de educação em saúde, devem considerar o indivíduo em sua singularidade e a inserção sociocultural e basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando o desenvolvimento da autonomia e da capacidade dos usuários de decidir sobre as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (BRASIL, 2011).

Diante de todas essas legislações, a primeira iniciativa criada para o público juvenil foi o PROSAD, em 1989, um dos desdobramentos da 42ª Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela OMS. Este programa tinha como proposta um atendimento integral para as necessidades específicas dos adolescentes, incluindo gravidez, DSTs, álcool e outras drogas (BRASIL; MS, 1996). Por ser o primeiro programa a se preocupar com a saúde dos

adolescentes, representou um marco na saúde pública deste tipo de grupo, mas por outro lado, alguns de seus aspectos mostraram um modelo contraditório em relação às diretrizes do Sistema Único de Saúde (LEÃO, 2005).

Com o tempo, foi havendo uma descentralização da atenção em saúde dos adolescentes dando início a um novo conceito – a ideia de saúde como direito social –, colocando os jovens como sujeitos de direitos. Iniciou-se a partir de então, uma nova conduta do PROSAD frente à Atenção Básica (AB), obtida por meio da efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes (JAGER et al., 2014 apud OLIVEIRA; LYRA, 2010). Leão (2005, p. 2, 14, 15) apontou a importância do PROSAD pela inclusão do adolescente em uma política de saúde, favorecendo assim um espaço importante para a vida juvenil, o que não durou muito e foi substituído pelo Programa Saúde da Família. Marcado por desencontros, como a cobertura focalizada, em que acabavam deixando adolescentes desassistidos e a demanda espontânea que também deixava de atingir a totalidade (ou pelo menos o maior número) de adolescentes, além das repercussões biopsicossociais predominantemente negativas sobre gravidez e maternidade para as adolescentes, e que propiciou intervenções estritamente preventivas e, por vezes, punitivas, que dificultavam a adoção de estratégias de promoção de saúde junto a essa população, teve assim o seu fim.

Em paralelo a isso, o Prosad passou a ser substituído pelas Unidades de Saúde da Família (USF) – que contemplaria ações globais – e buscava atendê-los e encaminhá-los a uma assistência especializada quando necessário, conforme coloca Leão (2005, p. 15). Desde então, este programa tem como foco o adolescente e além dele, o Ministério da Saúde criou o PSE para que professores realizem atividades relacionadas ao tema. Ao analisar a diretriz do PSE, percebe-se que a questão da reprodução sexual está incluída, entretanto, se dilui no meio de outros assuntos que estão também em pauta, como drogas e violência, por exemplo.

Observa-se assim que os adolescentes são amparados e as ações estratégicas suportadas por diversas legislações, sendo a primeira delas, o ECA, que visa oferecer subsídios e parâmetros sobre o assunto. Assim também se verifica em outros materiais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, tais como:

- Orientações para a organização dos serviços de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens e a Cartilha Direitos Sexuais (2005).
- Direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.
- Marco teórico e referencial – saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens: versão preliminar (2006)

- Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes, (2007).
- Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola (2009).
- Caderno de Atenção Básica nº 26: Saúde Sexual e saúde reprodutiva (2010).

Essas diretrizes visam garantir a saúde do adolescente e consideram importante a “promoção de ações educativas de conscientização, de autocuidado à saúde e à reprodução sexual integradas com outras políticas públicas para sensibilizar e conscientizar a população sobre a temática” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

São materiais oficiais produzidos por órgãos governamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) dos setores Saúde e Educação e voltados a gestores das três esferas de governo. O que se verificou nestes estudos ainda é que os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes começaram a ser incluídos em programas a partir de 2004, quando começam a surgir leis específicas para este grupo. O próprio ECA, o maior documento de garantia dos direitos desse público jovem, por exemplo, embora exista desde 13 de julho de 1990, só acrescentou às suas diretrizes a gravidez na adolescência em 2017, como já citamos.

Todas as legislações, de acordo com o Ministério da Saúde (2010) passam a ser usadas como referências para nortear o desenvolvimento de ações por parte de organizações governamentais, como os Ministérios e Secretarias Municipais de Educação e Saúde, e por organismos sociais, como a ONU e OMS, por exemplo, para se abordar sobre a gravidez na adolescência ou ainda para acolher as jovens mães. Entretanto, ainda se observa a incipiência na criação de campanhas relacionadas ao assunto com ampla divulgação na mídia, ao contrário do que ocorre com a DST/Aids no Carnaval, por exemplo. Em contrapartida, os dados de adolescentes grávidas continuam altos em várias localidades do país, como apresentado no capítulo anterior. Números que se mantêm oscilantes em todo o Brasil, apesar da divulgação do governo sobre a redução da gravidez em 17%, na faixa etária dos 15 aos 19 anos, em 2015 (MS, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), a queda no número de adolescentes grávidas está relacionada a vários fatores como expansão do programa Saúde da Família, que aproxima os adolescentes dos profissionais de saúde, mais acesso a métodos contraceptivos e ao PSE, conforme já explicado, oferece informação de educação em saúde. Entretanto, esta queda no número de gravidez na adolescência foi divulgada há mais de dois anos, o que pode propiciar alterações em seus resultados, uma vez que não se sabe se este número ainda continua em queda e também porque neste mesmo período houve aumento em algumas regiões. A Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Presidente Prudente (interior de São Paulo), por exemplo, apontou que entre 2015 e 2016 (ano em que a pesquisa foi feita), houve

ainda a identificação de um maior índice de gravidez na adolescência. Houve um aumento de 30% entre as adolescentes de 10 e 19 anos de acordo com a Secretaria da cidade.

Apesar dos números, nota-se que ações governamentais foram planejadas pelas áreas da Educação e Saúde, por conta das exigências legislativas, para se abordar a gravidez precoce ou não desejada na adolescência, entretanto, não se observa nessas iniciativas uma organização, em pastas ou links, de campanhas e uma continuidade anual das mesmas, como a de Prevenção a DST/AIDS, que anualmente é realizada na época do Carnaval, embora a data para se abordar essas doenças está no calendário oficial como dezembro. O assunto ainda parece ser um tabu tanto por parte do governo quanto da sociedade, um mistério não abordado pelo atraso cultural diante de um tema tão importante (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006). Há famílias que se recusam a abordar a questão por não aceitar a sexualidade da jovem, impedindo a implementação de um diálogo eficiente sobre métodos contraceptivos (DIAS; GOMES, 1999).

4.5 Importância das campanhas sobre gravidez na adolescência

O diálogo na família, na escola, na sociedade sobre a gravidez na adolescência é uma forma de trazer o assunto e aproximá-lo de todos, principalmente, pelos adolescentes que buscam um estreitamento com seus pais para a abordagem (DADOORIAN, 2003). Além disso, as legislações, somadas à participação da sociedade e da escola nas questões de saúde reprodutiva faz com que as ações educativas comecem a ser legitimadas e a contribuir com as políticas públicas na área (HEILBORN, 2006). Polistchuck (1999, p. 34) considera “as campanhas de saúde fundamentais e devem ser organizadas de forma sistemática”, uma vez que têm por objetivo influenciar um público-alvo durante um espaço de tempo determinado usando a comunicação. A realização dessas ações é muito importante para direcionar e ou mudar comportamentos, como Snyder (2007) coloca em seu artigo voltado à Nutrição, Campanhas de Comunicação em Saúde e seu Impacto no Comportamento, concluindo que “estas ações podem mudar com êxito uma grande variedade de comportamentos de saúde, incluindo comportamentos alimentares”.

Cada vez mais se estudam formas de se aproximar o público da informação para a mudança de fatores, índices e comportamentos, sobretudo de riscos, no que diz respeito à saúde. Hornik (2002) estudou os efeitos da comunicação em saúde e o comportamento de públicos em determinados programas de saúde e evidenciou que tais programas, quando fortemente financiados por uma agência externa, com uma assistência técnica qualificada, podem afetar seus comportamentos.

Um estudo sobre a avaliação da efetividade das campanhas para a eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal, no Rio de Janeiro, de 1999 a 2000, identificou que o resultado das ações foi positivo por alcançar a meta desejada – a diminuição dos casos. Saraceni e Leal (2003) explicam que o aumento da incidência da sífilis congênita no Rio de Janeiro levou a Secretaria Municipal de Saúde a realizar as campanhas para a sua eliminação com o objetivo de dar visibilidade à doença e capacitar os profissionais de saúde no manejo do agravo. O estudo que realizaram se baseou nas mulheres grávidas identificadas com sífilis nas campanhas por meio dos sistemas de informação em saúde SINASC, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e usaram um grupo controle de gestantes que não estava participando da campanha. O resultado do estudo

evidenciou uma redução significativa da morbidade e mortalidade perinatais nos filhos das mulheres atendidas pelas campanhas, demonstrando que as ações da rotina de pré-natal nas unidades municipais não estavam conseguindo resolver o problema. Foi baixo o número de casos de sífilis congênita encontrado no SINAN em relação aos casos reconhecidos por intermédio das campanhas, demonstrando uma subnotificação importante. Pode-se dizer que as campanhas tiveram efetividade para modificar a situação da sífilis congênita no Rio de Janeiro e que os resultados alcançados aqui reafirmam as campanhas como instrumentos de política pública de saúde, possíveis agentes transformadores da situação atual da sífilis congênita (SARACENI; LEAL, 2003).

Este é apenas um exemplo da eficiência das campanhas em saúde. Atualmente, há muitas métricas que podem mensurar a eficácia. Em gestão de Comunicação Organizacional, por exemplo, há inúmeras ferramentas e alternativas disponíveis para a mensuração apontadas por especialistas como Kunsch (1997) e Galerani (2006). Entretanto, para se chegar ao resultado esperado, a campanha precisa ser elaborada de modo que atinja o seu público, sobretudo, a sua compreensão e que os processos comunicativos sejam percebidos sem generalizar o público, como ocorre nas campanhas de saúde pública (FAUSTO-NETO, 1999).

A educação em saúde traz elementos e ferramentas para se obter a eficácia desejada nas ações, como aponta o estudo "Projetando Mensagens de Mídia sobre Saúde e Nutrição" (WILSON, 2007), onde a autora reforça que

quando o tópico é percebido pelo público sem importância, terá menos envolvimento dele que, conseqüentemente, estará menos propenso a se concentrar em tópicos superficiais, como a natureza da fonte da informação. Ou seja, uma fonte com alta credibilidade é mais influente junto aos receptores envolvidos. Outro fator a considerar é o momento da identificação da fonte. Se a fonte for explicitamente identificada no início

do evento de comunicação, é importante certificar-se de que é credível. Mas, em alguns casos, não está claro quem é a fonte da mensagem, outras vezes, a fonte da mensagem é retida até que a mensagem seja entregue.

A autora considera, ainda, que as fontes de informação são muito atrativas para o público e devem ser levadas em conta nas estratégias de campanhas em saúde. Entretanto, há estudos que vão além da origem da informação para entender como se chegar ao devido entendimento da ação comunicacional. No artigo *Efeitos Não-Intencionais de Campanhas de Comunicação em Saúde*, Cho e Salmon (2007), por exemplo, reforçam a necessidade de se realizar pesquisas para identificar as causas e os contextos das ações para evitar os efeitos não intencionais e assim, minimizar ruídos na comunicação, tornando as campanhas compreensíveis. “O reconhecimento observacional e conceitual de anomalia é fundamental para o avanço da ciência” (CHO; SALMON, 2007, apud KUHN, 1970).

Há muitas variáveis para se analisar a efetividade de uma campanha, sobretudo, sob a perspectiva da educação em saúde (e poderá ser verificado isso no capítulo *Educação nas campanhas de gravidez na adolescência*). Mas, neste capítulo, reitera-se a relevância da campanha de comunicação para uma transformação social, a quebra de paradigma que, para Kuhn (1970) é uma nova visão da Ciência e todo o seu universo, que evolui pelas rupturas e não apenas por acúmulo de saber.

Patias et al. (2011, p. 205-214) analisa que são necessários estudos que considerem os vários perfis de adolescentes existentes e suas representações, não apenas a do adolescente branco, cuja família pode mantê-lo economicamente até se tornar adulto, mas todos os demais, para que se possa compreender o fenômeno da gravidez na adolescência sob um aspecto multifacetado e complexo.

De qualquer modo, a exposição às campanhas de massa na mídia é geralmente passiva, uma vez que tais campanhas frequentemente estão competindo com fatores, como o marketing generalizado de produtos, poderosas normas sociais e comportamentos impulsionados pelo vício ou hábito (HORNIK; LOKEN; WAKEFIELD, 2010, tradução nossa). Em um dos seus estudos, em que discutem os resultados das campanhas de mídia de massa no contexto de vários comportamentos de risco para a saúde (por exemplo, uso de tabaco, álcool e outras drogas, fatores de risco de doença cardíaca, comportamentos relacionados ao sexo, segurança rodoviária, triagem e prevenção de câncer, sobrevivência infantil e doação de órgãos ou sangue), concluiu-se que as campanhas de mídia de massa podem produzir mudanças positivas ou evitar mudanças negativas nos comportamentos relacionados à saúde em grandes populações. Eles também avaliaram que as contribuições

para esses resultados estão relacionadas a fatores como a “disponibilidade simultânea de serviços, produtos necessários, programas baseados na comunidade e políticas que suportam mudanças de comportamento. E concluem apontando que “é necessário investimento, pois campanhas mais financiadas têm maior sucesso para alcançar uma exposição adequada à população que se deseja alcançar”.

No Brasil, desde os primórdios das campanhas sanitárias (BERBEL; RIGOLIN, 2011, p. 3-36), tem-se notado que o uso de materiais educativos, como cartilhas, folhetos, vídeos, entre outros, são de suma importância, também para os agentes que lidam com o público, pois conseguem buscar o diálogo e a interação. Algo que Santos e colaboradores reforçam como sendo uma prática que “contribui para se compreender o contexto de vida das pessoas e aproximar as concepções entre profissionais e usuários dos serviços de saúde pública, diminuindo a ‘barreira comunicativa’ existente” (SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009, p. 860-865).

4.6 O lugar da educação e da comunicação em saúde nas campanhas de gravidez na adolescência

Compreender os significados de cada um dos campos de saberes que compõe uma campanha – educação em saúde, informação e comunicação – é imprescindível para analisar as suas interfaces bem como estratégias junto aos públicos de interesse, a audiência. A comunicação e a informação se enquadram no mesmo segmento e a definição de cada uma é muito variável, possuem algumas singularidades marcantes, cada qual com a sua atribuição, apesar disso, têm significações totalmente diferentes; enquanto a primeira é uma forma de canalizar e direcionar a mensagem ou a informação; a segunda é o próprio conteúdo em si, que carrega todas as características necessárias para a construção de uma mensagem.

Segundo Pignatari (2003, p. 22), a informação existe a partir de um sistema de sinais, é oposta ao ruído e seria um eco da comunicação, ao mesmo tempo em que passa a ser considerada um sinônimo da comunicação na mídia pela massa (público letrado), no entanto, ele explica que

a informação a ser comunicada deve ter uma fonte e um destino distintos no tempo e no espaço, onde se origina a cadeia que os une e que constitui o canal de comunicação. E a comunicação é uma espécie de processo variável e estatístico condicionado pela interdependência dos sinais, ou seja, pelas normas e regras que os relacionam e que decidem sobre o seu grau de informação.

Para esclarecer melhor, em relação à comunicação, é um processo e ou um canal pelo qual se transmite uma informação – em que engloba o emissor, a mensagem (ou a informação, o conteúdo), o meio, o receptor e os efeitos, cuja transmissão pode ocorrer através de recursos humanos (fala, audição, gesto) e mecanismos diversos – aparelhos e equipamentos em geral – para decodificar a mensagem (LASWELL, 1948, p. 37). Em uma análise sobre essa teoria da comunicação proposta por Laswell, Carvalho (2012, p. 36) traz em sua pesquisa que

a definição de comunicação tem como base o modelo estímulo-resposta, advindo da teoria do aprendizado, que se tornou uma força significativa na teoria da comunicação de massa. Focada nos efeitos, essa abordagem implicava num conceito de sociedade como um agregado de anônimos, indivíduos isolados expostos a instituições midiáticas poderosas, comprometidas em reforçar ou modificar o comportamento social.

A educação em saúde também busca a mobilização do seu público por meio de informações e as campanhas entram neste caso, uma vez que podem (também) ser propiciadas pelo *agenda-setting* ou Teoria do Agendamento, conceituada pelos autores Maxwell McCombs e Donald Shaw (1970) que coloca a mídia como direcionadora dos assuntos que serão conversados pelos leitores, uma mídia que pode pautar o governo para se criar campanhas devido aos altos índices de gravidez na adolescência, por exemplo.

Antes de seguir sobre a importância da campanha e a sua relação com a educação, é preciso entender o significado do termo educação em saúde. A OMS (2006) define educação em saúde como

processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com as suas necessidades.

Nesse sentido, a educação em saúde apresenta-se com atribuições que extrapolam a denominação de campo do saber e que se situa no cerne das campanhas de gravidez na adolescência, como um meio centralizador de promover a saúde e, conseqüentemente, mudanças comportamentais, junto aos agentes transformadores envolvidos, como os profissionais da área que estarão em contato com o público juvenil. Morosini, Fonseca e Pereira (2009) destacam no verbete da Fiocruz que a educação em saúde e trabalho são práticas sociais que devem ser abordadas como “fenômenos constituintes das relações sociais” em que há produtores e reprodutores ou transformadores. Esses autores esclarecem que, nas sociedades ocidentais, esta é uma educação que foge à cultura normativa, de

instrumentalização e verticalização, por ser livre da objetividade e neutralidade do conhecimento, não produzido pela razão cientificamente fundada, o que eleva a uma outra proposta de se educar, sem objetivação dos próprios sujeitos, o que os tornariam meros transmissores (professores e agentes) e receptores (estudantes) passivos da informação educativa.

A educação em saúde transita por uma via de criticidade para permitir que o estudante, aquele que recebe a mensagem possa contextualizá-la não como uma única forma de existência possível e racional. Morosini, Fonseca e Pereira (2009) constroem a significação crítica da educação em saúde ao concordarem que:

numa perspectiva crítica, a educação parte da análise das realidades sociais, buscando revelar as suas características e as relações que as condicionam e determinam. Essa perspectiva pode ater-se à explicação das finalidades reprodutivistas dos processos educativos ou trabalhar no âmbito das suas contradições, buscando transformar estas finalidades, estabelecendo como meta a construção de sujeitos e de projetos societários transformadores.

O método de aprender proposto por um dos maiores educadores e pedagogos brasileiros, Paulo Freire, de forma dialógica, de combate à opressão e incentivo à consciência crítica para a libertação do indivíduo (em síntese) – também contribuiu para fundamentar as bases que deram o devido alicerce ao conceito de educação em saúde para a análise das campanhas de gravidez na adolescência e seus significados.

Machado et al. (2007) também ressignifica a educação em saúde, apontando-a como uma propulsora de transformação coletiva e a conceitua

como processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

Desse modo, observa-se que o diálogo é uma premissa na educação em saúde. Os autores são equânimes na defesa do método dialógico de Freire configurando-o como a educação popular, uma vertente de novas experiências no campo da educação em saúde, chegando a romper com a tradicional estrutura normatizadora, levando os profissionais da área a uma nova relação com as classes populares com quem atuam diariamente, levando a informação e fazendo-a chegar ao seu destino com a devida compreensão. No caso dos adolescentes, passam a ter maior aproximação com o universo deles tanto a partir das campanhas quanto de determinados programas, como o PSE. A sua participação nas ações da

saúde configura uma educação de participação popular surgida em uma tentativa de canalizar e mobilizar a população para atuar em áreas sociais restritas, buscando superar a marginalidade em que se encontravam certas parcelas da população (SILVA et al., 2010, p. 2.544).

Proposta esta que surgiu após a implementação da educação sanitária, termo que precisa ser melhor compreendido para se entender a educação atual, usada nas campanhas de saúde, pois da educação higienista (coercitiva e de controle, em resumo) à participativa (troca e interação), houve um longo percurso transformador. A definição de educação em e na saúde possui uma série de variações – educação sanitária, educação e saúde, educação para a saúde e educação popular em saúde – que foram surgindo ao largo do tempo e da história da saúde para se chegar ao termo mais apropriado de cada uma e sua respectiva função.

“Educação sanitária” foi o primeiro termo surgido ainda na 1ª República Brasileira (período que compreende, desde a proclamação em 15 de novembro de 1889 à Revolução de 1930), pouco antes das campanhas bacteriológicas de Pasteur e de vacinação de Oswaldo Cruz (com a Revolta da Vacina). Desde a sua implementação, por volta do século 20, imposta por uma política de policiamento repressor junto à população menos abastada da sociedade, foi desenvolvida pela preocupação com os problemas e as doenças que poderiam surgir nas periferias por conta do aumento de sujeira nas ruas e quintais e consequente proliferação de bichos que propiciariam a criação de endemias.

Silva et al. (2010, p. 2.539-2.550) pontua que desde então, a culpa pelas epidemias era voltada à população carente que sofria com as intervenções campanhistas promovidas pelo governo, com atuação repressora do exército, como declara:

O Estado identificava até então a ignorância e a falta de informação da população como causa para a existência das doenças. Assim, a população era vista como a única causadora dos males de saúde que assolavam as grandes cidades. A educação em relação à saúde tinha papel marginal. Eram distribuídos folhetos avulsos, denominados Conselhos ao Povo, sobre os meios de evitar doenças. Na verdade, a educação em saúde era breve porque, para as autoridades, o povo era incapaz de maior entendimento e o discurso era muitas vezes para dizer que se tinha tentado a via do convencimento antes de ser “obrigado” a tomar iniciativas mais coercivas (SILVA et al., 2010, p. 2.541).

Depois do momento, quando predominou o modelo normatizador da educação em saúde, parte-se para uma nova fase em que a saúde é inserida nas escolas, criando um modelo com foco em métodos preventivos e coletivos e não mais na doença do indivíduo:

com a difusão do ideário da Escola Nova, em que a criança era considerada o centro de tudo, e os avanços da biologia e da psicologia, as crianças e

adolescentes passaram a ser a população preferencial a receber, através das escolas e postos de saúde, os princípios da higiene para manterem-se saudáveis. Esta nova estrutura veio retirar a autoridade de polícia sanitária e as ações de educação em saúde passaram a se desenvolver pelos educadores sanitários e professoras, que eram treinados para exercerem a função de educar a população escolar (SILVA et al., 2010, p. 2.542).

Assim, a escola passa a ser o centro de transformação da sociedade no que diz respeito à saúde coletiva e como espaço terapêutico para “educar” as famílias analfabetas por meio de seus filhos estudantes. Também neste processo de mudança, em plena Era Vargas, na década de 1940, o governo brasileiro estabelece o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em conjunto com o norte-americano, para a criação de centros e postos de saúde rurais e centralização de ações educativas em saúde. Depois da Segunda Guerra Mundial, surge por iniciativa da ONU, a nova forma de mobilização contra a miséria envolvendo a população em geral, e que vai resultar em intervenção social com implicando mudanças culturais. “Assim, a partir da década de cinquenta, um novo papel é atribuído à educação em saúde, está então denominada de educação para a saúde” (SILVA et al., 2010, p. 2.544).

De acordo com Silva et al. (2010), o envolvimento da população surgiu como forma de se minimizar a marginalização ao atingir áreas sociais restritas. Desde então, há uma transformação em todo o processo com foco na modernidade, pautado por uma pedagogia da saúde – maior cobertura da saúde com voluntários treinados, porém, sem a devida qualidade no serviço; pessoal sendo treinado, aumento dos programas comunitários com mão de obra gratuita para a construção de postos, facilidade ao acesso geográfico, porém, ainda assim “não havia reduzido o fosso cultural e social para a população a quem se destinava” (SILVA 2010, p. 2.544).

Mas este formato ainda estaria longe de atender as necessidades de saúde brasileiras e foi passando por outras mudanças para se chegar a uma medicina mais apropriada às classes populares. Silva et al. (2010, p. 2.546) infere que, com o descaso do Estado, cada vez mais foram se

construindo iniciativas de soluções técnicas construídas com base no diálogo entre o saber popular e o saber científico, abrindo-se o espaço para novas experiências no campo da educação em saúde, baseadas no método dialógico de Freire, configurando enfim a educação popular em saúde.

Essa luta tende a ser perene tendo em vista que a representação sobre a saúde e a vida saudável se deslocou do âmbito do direito social para o de uma escolha individual como pontuam Silva et al. (2010). A educação inicialmente usada como função marginal na saúde, foi também importante no debate político nacional sobre saneamento por meio de campanhas

e serviços, além da área sanitária e na saúde (especificamente em 1967, quando as equipes passaram a ser formadas por diversos profissionais de saúde, não só por educadores) (SILVA et al., 2010).

Há pelo menos 43 anos, várias conferências internacionais (em Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsväl, 1991; Brasil, 2002) não só fomentaram a promoção da saúde como, sobretudo, criaram este conceito em países em desenvolvimento, como Canadá, Estados Unidos da América, e em outros da Europa ocidental e dos subdesenvolvidos da América Latina. E, em 1975, durante a V Conferência Nacional de Saúde, buscou-se um novo modelo de medicina comunitária e de assistência, por conta de uma crise no setor de Saúde com recursos financeiros escassos, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia dos serviços, além de uma possibilidade de quebra da estabilidade social do brasileiro que foi obrigado a preocupar-se mais com os problemas de saúde, educação, habitação e saneamento (SILVA et al., 2010). Também foi neste período que a educação em saúde se tornou obrigatória nas escolas brasileiras de ensinos médio e fundamental (antigos primeiro e segundo graus) pelo artigo 7 da Lei nº 5.692/71, com o objetivo de estimular o conhecimento e a prática da saúde básica e da higiene nos escolares (MOHR; SCHALL, 1992, p. 199-203).

Desde então os conceitos de educação e comunicação em saúde tendem a estar interligados, se complementando, apesar de suas respectivas diferentes denominações as quais apresenta-se a seguir, a partir das autoras escolhidas Fernandes e Backes (2009, p. 568) que colocam que a educação em saúde, se entrosou por meio de uma concepção dialógica criada por Freire que permite ampliar a atuação da saúde da família, com maior resolutividade das ações e melhor impacto dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Elas reforçam em seus estudos que este processo promove “o diálogo entre profissionais e usuários, favorece práticas cidadãs além de incentivar posturas ativas em ambientes políticos e sociais e fortalece as práticas educacionais em saúde” (FERNANDES; BACKES, 2009).

A educação como troca de saberes e como construção da cidadania, concebida por Freire, é sintonizada com a política de Atenção Básica que busca a promoção desse processo todo para se alcançar a autonomia cidadã e que envolve as equipes de Saúde da Família que têm colaborado para este fortalecimento por adotarem a prática da educação em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde, como as campanhas sobre gravidez na adolescência.

Ainda seguindo o estudo das autoras, que envolveram os membros de uma equipe da estratégia de saúde da família para conhecer suas perspectivas sobre a educação em saúde e problematizá-las por meio da concepção dialógica de Freire, tem-se que

esta visão cria uma aproximação democrática entre cidadão e órgão público, fortalecendo no discurso da saúde conceitos de educação e também de controle social e participação popular. Para atender as reais necessidades das populações e das equipes de saúde a problematização aparece como elemento essencial na construção de um processo educativo verdadeiro. Esta é uma possibilidade metodológica que vem lentamente tentando se inserir no campo da saúde comunitária, numa busca pela **Educação Popular em Saúde**, na qual o diálogo, o envolvimento político, a reflexão crítica e a autonomia cidadã são promovidos. (FERNANDES; BACKES, 2009, p. 568).

Elas partem da ideologia de Freire, da educação como prática de liberdade do pensar e agir, quando ele foca que a educação é o caminho para as possibilidades do desenvolvimento de linguagem nas classes populares e considera a linguagem caminho de invenção da cidadania (FERNANDES; BACKES, 2009, p. 567-573):

A articulação entre educação e saúde sob o ponto de vista da relação interpessoal, cuidado e respeito, se constitui como uma das mais ricas fontes de interdisciplinaridade. Por isso discutimos a prática educacional e ressaltamos as possíveis transformações e a reflexão crítica como instrumentos para fortalecê-la dentro da atenção primária em saúde. A incorporação da educação em saúde às práticas da estratégia de saúde da família se mostra cada vez mais atual e necessária, principalmente quando esta ocorre a partir da troca de conhecimentos, estabelecendo mais do que um ensino e uma aprendizagem um ato de criar e transformar.

Schall e Struchiner (1999) trazem um olhar que conflui com os estudos sociológicos a respeito do perfil do adolescente e a correlação das campanhas com o seu universo ao afirmarem que

a educação em saúde é um campo multifacetado, de diversas concepções, tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade.

Assim, tanto a educação quanto a comunicação exercem uma função muito aproximada na disseminação da informação e vão se integrar na elaboração de campanhas, sobretudo, sobre a gravidez na adolescência pela confluência de conceitos. Enquanto o primeiro campo cumpre com a função de propor mudanças, o segundo (comunicação), se encarrega do canal de divulgação da informação, do conteúdo a ser transmitido.

Araújo e Cardoso (2007) pontuam que os campos Educação e Comunicação se interrelacionam e se complementam. A construção desses campos na Saúde acontece a partir

de uma análise das relações entre os personagens internos e externos a essas vertentes; pelas tensões provocadas por e entre eles, cujos resultados são voltados à formulação de um ambiente de atuação consciente e política, visando à melhoria e ao bem-estar pessoal e coletivo, bem como a valorização do conhecimento científico e suas estratégias para este benefício demarcam os limites dos campos, que segundo elas,

são indefinidos e porosos, porque demarcados pelos efeitos que produzem em conjunturas específicas, são contextuais. Uma pessoa participa de muitos campos e o que ela vivencia, sabe e acumula de um interfere na possibilidade de apropriação e intervenção em outro, premissa que leva a compreender o modo diferenciado pelo qual as pessoas da saúde ou da comunicação podem interpretar as teorias, pensar ou aplicar metodologias, participar da elaboração ou gestão das políticas, vivenciar processos e práticas ou incorporar as lutas da Comunicação e Saúde.

Embora haja uma concepção diferente para cada campo – Educação, Comunicação e Informação – bem como interferências por vezes, de um campo no outro, observa-se pela pesquisa de Araújo e Cardoso (2007) que há uma interface entre eles para a promoção da saúde e que isso propicia a interligação de significações e a convergência da mensagem para o bem comum e, no caso desse estudo, para as campanhas de conscientização sobre a gravidez na adolescência e tudo o que a envolve, como maternidade e paternidade responsáveis e seus impactos. Essas interfaces entre os campos são intrínsecas às suas existências e devem contribuir, como Araújo e Cardoso (2007) afirmam, “para se trabalhar com a cultura e a mudança de comportamentos”.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) diagnosticou a necessidade dessa interlocução, por exemplo, e segundo Campos, Schall e Nogueira (2013, p. 242) “se tanto em relação às drogas quanto às práticas sexuais, mudar o comportamento é um desafio com alto grau de insucesso, é urgente ampliar a ação educativa antes do início da vida sexual e da experimentação da droga”. Essa análise ainda vem ao encontro do estudo de Heilborn et al. (2006, p. 155) em que afirma que

a passagem à sexualidade com parceiro realiza-se ao termo de um processo progressivo de exploração física e relacional, por etapas, que pode levar vários anos ou, ao contrário, ser relativamente rápido, sendo a iniciação sexual um bom preditor de comportamentos futuros.

Em seus estudos Heilborn (2006) aponta ainda que a iniciação sexual masculina vem ocorrendo mais cedo do que a feminina em pelo menos dois anos (16,2 contra 17,9). Esses apontamentos corroboram os resultados apresentados na PENSE sobre a iniciação sexual e precisam ser repensadas as políticas públicas apesar da existência da coordenação de Saúde

de Adolescentes e Jovens, que defende que “com a população bem informada, é possível reduzir a incidência de doenças, melhorar a vigilância à saúde e contribuir, assim, para a melhoria da qualidade de vida dos 54 milhões de cidadãos brasileiros, com idades entre 10 e 24 anos” (BRASIL, 2015).

Não há vasto e amplo material disponível (como será apontado na análise das campanhas) para este público com foco na gravidez na adolescência e seus riscos e impactos, como a mortalidade de bebês e adolescentes grávidas, importância do pré-natal e do apoio familiar. Esses são alguns dos assuntos que parecem entrar na lista de tabus destacados pela pesquisa Gravada, realizada em 2007, que identificou a necessidade de abordá-los nos programas de saúde existentes. E, para reforçar esta demanda, a autora Rodrigues (2010a) reitera a relevância da promoção de programas que respeitem os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes para contribuir dessa forma com a redução da incidência de abortamento e a reincidência da gravidez nesta faixa etária.

Hoje, as campanhas desenvolvidas no Brasil têm obtido melhores resultados por conta de uma abordagem ligada à promoção da saúde. O conceito tem sido recebido com credibilidade e uma forma de estímulo à formulação de mais campanhas, mas de qualquer modo, avaliações periódicas se fazem necessárias para verificar a qualidade dos seus serviços para o seu público-alvo.

4.7 Quais modelos de educação e comunicação em saúde podemos usar para abordar a gravidez na adolescência?

Embora a Educação e a Comunicação tenham suas próprias definições é fato que estão intrinsecamente interligadas e conectadas em um único propósito: abordar a saúde individual ou coletiva. Alguns modelos de comunicação pública da ciência e tecnologia contribuem para este empoderamento, como os de Expertise Leiga e Participação Pública, que vieram sobrepujar os modelos de Déficit Cognitivo e Contextual – que se fundamentam na verticalização do processo comunicacional em que o emissor centraliza todo o conhecimento como único detentor da informação enquanto o receptor é visto meramente como um ser desprovido de informações e um receptor passivo de mensagens (LEWENSTEIN, 2010). Tais modelos surgiram no meio científico como uma alternativa para se comunicar a ciência em meados do século XIX.

O modelo de Déficit Cognitivo, o primeiro testado pelas lacunas cognitivas que havia na compreensão das mensagens científicas, era realizado de cientista para público e não foi bem-sucedido. Outra dificuldade para esse modelo, apresentada por Wynne (1995), defensor

do Modelo Contextual, foi a falta de contextualização das questões da classe científica que desconsideravam o indivíduo e seu meio. Lewenstein (2010) apud Bransford Comitê de Aprendizagem em Pesquisa e Prática Educacional (2000) contextualiza que “a teoria mostrou que as pessoas aprendiam melhor quando os fatos e as teorias tinham significado em suas vidas pessoais”. E, assim, abriu-se o caminho para os demais modelos. De acordo com Lewenstein (2010), em meados de 1980 começam a ser desenvolvidos estudos para aproximar o indivíduo à Ciência, acabando com os modelos verticais de comunicação e construindo uma nova abordagem para valorizar o conhecimento do público e sua participação no universo científico.

O contextual passa a visualizar uma audiência específica e reconhecer o indivíduo como um ser capacitado, que processa informações por também ser conhecedor de tópicos relevantes da ciência, que presta atenção às necessidades e situações, mas dependente de idioma e que seu conhecimento está relacionado ao seu contexto (BROSSARD; LEWENSTEIN, 2010, p. 14).

Observa-se que ambos modelos focam na entrega da informação, o que os diferencia dos posteriores – expertise leiga e participação pública – por terem a preocupação de engajamento do público. A expertise leiga concebe que o conhecimento local, com base nas vidas e histórias das comunidades, privilegiando-a em detrimento do conhecimento científico. Brossard e Lewenstein (2010, p. 15) analisam que este modelo é impulsionado por um compromisso político que empodera as comunidades locais e que as disputas políticas são mais importantes que as abordagens educacionais ou informativas específicas.

E por último, o modelo democrático, que busca o engajamento público para não só obter a compreensão da ciência, mas a tomada de decisão, aqui toma-se o controle da ciência das mãos dos cientistas de elite e políticos para dar aos grupos públicos através de alguma forma de empoderamento e engajamento político como uma forma de aumentar a confiança nas políticas públicas (BROSSARD; LEWENSTEIN, 2010, apud SCLOVE, 1995).

Ao analisar esses modelos de Comunicação Pública da Ciência sob a perspectiva da Educação em Saúde, pode-se observar as similaridades com o último deles, em que se busca a participação pública nas atividades e no campo da Ciência. Consegue-se fazer associações entre esses construtos. Essa aproximação vai além, chega a complementaridade uma vez que o modelo de participação pública objetiva o engajamento, mas não oferece uma estrutura informacional proposta pela educação em saúde para se chegar a esta integração. A educação é fundamentada para conceber parâmetros para a compreensão pública da ciência com objetivo de melhorar a saúde tanto individual quanto coletiva.

Dessa maneira, a educação em saúde tenta romper com o Modelo de Déficit, ao oferecer duas vias informacionais (de emissão e recepção da mensagem) e, ao mesmo tempo, exigir uma sequência de aspectos para que o indivíduo possa por si só compreender a mensagem de saúde para tomar a decisão que melhor lhe couber. Tal acepção encontra-se alinhada ao que apresenta e postula a carta de Ottawa (1986), marco da promoção da saúde, que afirma: “a saúde é um recurso para a vida, não o objetivo de viver”. Assim, define-se a educação em saúde como uma via de não apenas acesso às informações de gravidez na adolescência, seus riscos e impactos, mas como uma alternativa para conscientização corporal, um modelo informacional que extrapola o déficit de compreensão da informação que se recebe.

Entretanto, não é o que se presencia na mídia em geral, que propaga campanhas federais e municipais “protocolares” para a promoção da saúde sob demanda ou em atendimento a um calendário protocolar, que focam eventos sazonais, como o Carnaval, que anualmente apresenta como tema a Prevenção a DST/AIDS, por exemplo. Essas ações são tomadas em escala nacional e suas “marchinhas” divulgadas a todos, porém, é reforçado como um material de medida paliativa. Sobretudo, pelo conhecimento científico não ser aprofundado, como defende Bourdieu (1983), com a competência científica¹, ao colocar que o problema está nas falsas questões mal colocadas pela mídia e que, quando o cientista é entrevistado, é levado a discutir sobre assuntos de interesse jornalístico e não científico. Desse modo, jornalista e cientista precisam ter um bom relacionamento para manter o conteúdo da mensagem adequado para informar o público, que deverá não só receber a informação corretamente, mas participar da sua construção, para assim, chegar à cultura científica e, conseqüentemente, conseguir intervir nas questões de saúde da sociedade de modo crítico (MASSARANI, 2012).

A falta de engajamento entre o público e a ciência, as informações científicas, especificamente as mensagens de saúde, como Brossard e Lewenstein (2010) também destacam, torna os assuntos científicos ou especificamente a saúde, no caso dessa dissertação, distantes do público que se busca atingir. De acordo com o Rio Como Vamos na base da Secretaria Municipal de Saúde, no estado do Rio de Janeiro, por exemplo, aumentou a incidência de mortes decorrentes de abortos feitos em redes clandestinas, de gravidez na adolescência e de mortalidade por câncer de colo de útero entre 2010 e 2013. Foi apontado nesta base de dados que as internações na rede pública, por curetagem pós-aborto de mulheres de 15 a 39 anos saltou de 5.509 para 6.530, crescimento de 18,5%, mas a Secretaria Municipal de Saúde prevê que este número seja superior em pelo menos 50%. A outra

questão apontada é o percentual de mães adolescentes (com menos de 20 anos) que não aumentou muito, segundo a Secretaria, em torno de 16% (em números absolutos, passou de 13.398 para 14.325 mulheres), mas se mantém. Para minimizar este problema, como já mencionado no capítulo sobre Educação, a Secretaria Municipal de Saúde tem adotado o PSE para oferecer orientação sobre educação sexual para alunos que também são atendidos pelo Programa Saúde da Família. Diante deste quadro, a Secretaria de Saúde aponta que há necessidade de ampliar o acesso à rede pública, investir na capacitação dos profissionais que atuam na atenção primária e fortalecer as ações de educação voltadas para a saúde.

Assim, soma-se mais um indicador da necessidade de se pensar a educação em saúde a partir de uma abordagem participativa, envolvendo toda a sociedade na discussão por uma nova busca de alternativas de campanhas ao se abordar a saúde integral do adolescente e, em especial, a gravidez nesta fase da vida, conforme estabelecem e suportam as várias legislações brasileiras sobre o assunto.

Nesse sentido, encontra-se a proposição final das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde (BRASIL, 2010a):

O exercício da cidadania, por parte da população jovem, bem como a sua participação nas questões que afetam o seu bem-estar, é alcançado mais efetivamente por meio de estratégias capazes de contextualizar a sua atuação na comunidade e de envolver seus familiares e pares. A participação juvenil também deve ser efetivada no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, assim como nas instâncias de controle social do SUS.

5 METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO (ARTIGO)

ANÁLISE DE MATERIAIS EDUCATIVOS DESENVOLVIDOS EM CAMPANHAS OFICIAIS SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

Erika Regiane Lima dos Santos

Frederico Peres

Karla Meneses Rodrigues

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência tem sido apontada por diversos autores e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, como um dos principais problemas de saúde pública no mundo e uma das principais causas de mortalidade materno-infantil (WHO et al., 2015), sobretudo nos países menos desenvolvidos, onde se constituem como a principal causa de mortalidade entre mulheres com idades entre 15 e 19 anos (WHO, 2016). Apesar de as taxas de incidência de gravidez na adolescência estarem diminuindo em todo o planeta, de uma forma geral, em algumas regiões, como a América Latina e o Caribe, essas taxas ainda são consideradas bastante elevadas por esses organismos internacionais, com uma média aproximada de 73 grávidas com idades entre 15 e 19 anos a cada mil gestantes (UNFPA, 2017).

No Brasil, embora também se tenha observado um decréscimo da taxa de gravidez na adolescência – de aproximadamente 88/1000 no início dos anos 2000 para aproximadamente 60/1000 em 2014 –, esses números ainda se encontram bem acima da média mundial (48/1000) e dos demais países em desenvolvimento – 52/1000 (UNFPA, 2017).

Entre os principais problemas de saúde associados à gravidez na adolescência estão morte materna, risco aumentado de eclâmpsia, endometriose e infecções sistêmicas nas mães, quando comparado a outras mães com idades entre 20-24 anos, e também um risco aumentado de baixo peso ao nascer, nascimento prematuro e condições neonatais severas em bebês (GANCHIMEG, 2014). Há de se destacar, também, a relação entre a gravidez na adolescência e o aborto inseguro, sobretudo em países onde a interrupção da gravidez é criminalizada. Além do impacto sobre a saúde pública, é importante destacar os impactos sociais e econômicos relacionados à gravidez na adolescência, que vão desde a estigmatização dessas jovens mães em seu grupo social, o abandono escolar, a rejeição das famílias e dos companheiros, até casos mais extremos como a maior predisposição de sofrer

violência doméstica (UNFPA, 2013), num processo complexo de determinação social que, em última instância, apresenta-se como responsável pela perpetuação de ciclos de pobreza em determinados países e regiões do mundo (WORLD BANK, 2017).

Desde a segunda metade da década de 1980, uma série de políticas, programas e ações de saúde focando a saúde do adolescente começaram a ser desenvolvidos em todo o mundo. No Brasil, e no marco do movimento da reforma sanitária, essas ações resultaram na publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989 (BRASIL, 1989), que instituiu o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), tido por muitos autores como o marco da atenção integral à saúde de jovens e adolescentes no país (JAGER et al., 2014). A partir do PROSAD, e com a construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, uma série de ações programáticas voltadas à saúde do adolescente foram desenvolvidas e implementadas no país, sobretudo no âmbito da Atenção Básica e, em particular, na Estratégia de Saúde da Família (JAGER et al., 2014).

No ano seguinte, em julho de 1990, a Presidência da República sanciona a Lei nº 8.069 (BRASIL, 1990), aprovando o Estatuto da Criança e do Adolescente que, em consonância com diversos outros países-membro do sistema das Nações Unidas, oferecia um conjunto de marcos e princípios visando a garantia dos direitos fundamentais desse grupo populacional específico, entre eles, a saúde, em concepção mais ampla. A partir desse marco, a saúde do adolescente passa a estar contemplada em uma série de políticas e programas de saúde, com especial ênfase naquelas circunscritas à Atenção Básica, como o Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 (BRASIL, 2007a).

O PSE está estruturado em cinco componentes principais: a) Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; b) Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção; c) Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens; d) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes; e e) Monitoramento e Avaliação do Programa. E, tal qual concebido, confere importância estratégica às ações de educação e promoção da saúde voltadas para esse grupo específico, que abordam de forma central a condição de vulnerabilidade dos adolescentes em relação a uma série de questões de saúde e de proteção social.

Entre as diversas ações educativas e de promoção da saúde que estão previstas no marco da Política Nacional de Atenção Básica e do Programa Saúde na Escola, cabe destaque às campanhas relacionadas à orientação sexual, incluindo a prevenção da gravidez na adolescência. Tais campanhas educativas, embora muitas vezes envolvam recursos consideráveis (tanto financeiros quanto materiais e humanos), acabam contribuindo menos

para o resultado final (prevenção da gravidez na adolescência) que outras ações como o acompanhamento da saúde desses adolescentes pelo sistema de saúde, o suporte familiar, o apoio das instituições sociais, dentre outros (SIMOVSKA; KANE, 2015). Nesse contexto, infere-se como objetivo principal do presente artigo a discussão do papel das campanhas educativas sobre gravidez na adolescência, desenvolvidas por órgãos oficiais do setor saúde nacional (Ministério da Saúde e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde), a partir da análise de materiais elaborados no marco dessas campanhas e sua adequação em relação à audiência a que se destina.

METODOLOGIA

O presente estudo se configura como descritivo-exploratório, baseado nos princípios da pesquisa qualitativa em saúde, cujo objeto se constituiu por materiais educativos desenvolvidos no marco de campanhas de saúde visando a prevenção da gravidez na adolescência no Brasil.

Para a identificação das campanhas, usou-se os seguintes critérios de seleção:

- a) Ser campanha educativa sobre gravidez na adolescência;
- b) Ter sido desenvolvida por órgãos oficiais do setor saúde nacional (Ministério da Saúde e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde);
- c) Apresentar materiais educativos disponíveis na Internet, de forma irrestrita (acesso livre), na data definida para a coleta de dados (janeiro a maio de 2018);
- d) Ser focada no cidadão (adolescente) e não dirigida a profissionais de saúde.

Como critério de exclusão de campanhas, além do não atendimento aos pontos acima destacados, se utilizou o fato de ser campanha educativa sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou sobre vacinação relacionada a DSTs. Cinco campanhas educativas foram selecionadas, abrangendo um total de oito materiais analisados (RIO DE JANEIRO, 2007 apud FERNANDES, 2007; RIO DE JANEIRO, 2007; BRASIL, 2012; BRASIL, 2010; SÃO PAULO, 2010a; SÃO PAULO, 2010b; SMPS, PARANÁ, 2015; RIO DE JANEIRO, 2018).

A análise dos materiais se baseou na aplicação de um instrumento desenvolvido por Rodrigues (2010), que prevê a análise de aspectos de forma, conteúdo e design dos materiais por especialistas de diferentes áreas do saber, considerando os seguintes parâmetros:

1. Estrutura: tamanho do texto; adequação do tamanho do texto à audiência a que se destina; conceitos excessivos ou insuficientes; ênfase devida em conceitos-chave; uso de referências apropriadas e atualizadas;

2. Conteúdo: acuidade das informações; adequação das informações à audiência a que se destina; conceitos excessivos ou insuficientes;
3. Linguagem: clareza; objetividade; presença ou ausência de conceitos enviesados; layout atrativo;
4. Ilustrações: pertinência em relação ao texto; escalas utilizadas nas ilustrações; layout atrativo; uso excessivo ou insuficiente de ilustrações.

A esses quatro parâmetros de análise, se adicionou mais um, relacionado à forma/instrumento usado na campanha em questão, onde se observou: adequação da forma/instrumento utilizado à audiência para a qual se destina; layout atrativo; relação entre a forma e o instrumento e o conteúdo trabalhado.

Três profissionais, com formações acadêmicas e experiências distintas, participaram da avaliação do material: a) profissional da área de nutrição, com experiência e participação em projetos e iniciativas de educação em saúde (Avaliador 1); b) profissional da área de jornalismo, com experiência em marketing (Avaliador 2); c) e profissional da área da saúde pública, com experiência em comunicação e educação em saúde (Avaliador 3). Esses profissionais avaliaram os mesmos materiais (n = 8), elaborados no marco de cinco diferentes campanhas, utilizando a mesma matriz desenvolvida por Rodrigues (2010).

Para a construção das categorias analíticas, utilizou-se o método de classificação de dados proposto por Minayo (2007), que engloba:

- Leitura repetida e exaustiva do material, com enfoque interrogativo (também denominada de leitura flutuante), visando compreender as ideias centrais sobre o tema em foco e estabelecer categorias empíricas;
- Constituição de um sistema inicial de classificação, no qual o material analisado passa a ser referenciado por tópicos de informação ou temas;
- Análise final, em que se encontram o objeto do estudo com os dados construídos durante a análise empreendida nas duas etapas anteriores.

Após a análise de cada material, os mesmos foram agrupados de acordo com as suas especificidades (quanto à forma), e as análises dos três profissionais que se inter-relacionaram, constituindo o corpus empírico do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de identificação de campanhas educativas sobre gravidez na adolescência e seus respectivos materiais resultou na seleção de cinco campanhas oficiais, que

englobavam, ao todo, oito materiais educativos disponíveis online no momento da pesquisa (Quadro 1). São elas:

Quadro 1 – Resumo das campanhas educativas sobre gravidez na adolescência e seus respectivos materiais

Campanha	Responsável	Ano	Materiais	Política Relacionada
Se Cuida, Gravidez tem Hora!	SES e Defesa Civil Rio de Janeiro	2007	Material 1: Cartaz Material 2: Vídeo	Políticas e programas estaduais de saúde
Saúde do Adolescente e do Jovem	MS	2009	Material 3: Caderneta de Saúde do Adolescente Material 4: Caderneta de Saúde da Adolescente	- PROSAD - ECA - PSE
Gravidez na Adolescência: é a melhor hora?	SMS Limeira e CEPROSOM Limeira	2010	Material 5: Folder Material 6: Cartaz	Políticas e programas municipais de saúde
Brasilzinho e a Galera Adolescente: gravidez na adolescência	SM Promoção Social e SMS de Palmital/PR	2015	Material 7: Gibi	Políticas e programas municipais de saúde
Gravidez na Adolescência	SES Rio de Janeiro	2017	Material 8: Hotsite	Políticas e programas estaduais de saúde

Fonte: SANTOS; RODRIGUES; PERES, 2018.

1) Campanha “Se Cuida, Gravidez tem Hora!”

No ano de 2007, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro lançou a campanha “Se Cuida, Gravidez tem Hora”, protagonizada pela cantora de funk Perlla, com o

objetivo de trazer a discussão sobre o planejamento familiar junto aos adolescentes, chamando atenção para as responsabilidades de uma gravidez e os impactos sobre a estrutura familiar. A campanha tinha como elemento principal um vídeo curto veiculado em canais de televisão aberta, acompanhado de cartazes (distribuídos em unidades de saúde das redes estadual e municipal) e um hotsite com informações complementares (www.agentesecuida.rj.gov.br, atualmente fora do ar). No presente estudo, analisou-se o cartaz (RIO DE JANEIRO, 2007 apud FERNANDES, 2007) e o vídeo (RIO DE JANEIRO, 2007). Esta campanha, atualmente, não se encontra ativa no site do governo criado para ela, mas é possível acessá-la por meio de outros links.

2) Campanha “Saúde do Adolescente e do Jovem”

A Campanha Saúde do Adolescente e do Jovem foi concebida pelo Ministério da Saúde como estratégia para a organização de ações voltadas à prevenção da gravidez na adolescência, no escopo programático de três importantes políticas públicas que incluem ações dirigidas ao grupo: o Programa Saúde do Adolescente-PROSAD (BRASIL, 1989), o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (BRASIL, 1990) e o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007a). Como principais instrumentos, a campanha englobou cartazes e folderes, disponibilizados para unidades de saúde de todo o país, e a Caderneta de Saúde do Adolescente, para meninos (BRASIL, 2012), e para meninas (BRASIL, 2010). No presente estudo, analisou-se as duas cadernetas, para meninos e meninas. Esta campanha, atualmente, encontra-se ativa.

3) Campanha “Gravidez na Adolescência: é a melhor hora?”

A campanha “Gravidez na Adolescência: é a melhor hora?” foi elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde de Limeira, estado de São Paulo, em parceria com o Centro de Promoção Social Municipal (CEPROSOM), e tinha por objetivos: prevenir a gravidez na adolescência; contribuir para a diminuição do índice de gravidez na adolescência; incentivar e propagar o programa de planejamento familiar ou reprodutivo; prevenir doenças sexualmente transmissíveis (DST); diminuir as situações de exclusão social decorrente da gravidez precoce; e informar, sensibilizar e envolver a sociedade em torno da situação da adolescente-mãe e da paternidade precoce. No presente estudo, avaliou-se o folder (SÃO PAULO, 2010a) e o cartaz elaborados (SÃO PAULO, 2010b). Esta campanha, atualmente, encontra-se ativa.

4) Campanha “Brasilzinho e a Galera Adolescente: gravidez na adolescência”

A campanha “Brasilzinho e a Galera Adolescente: gravidez na adolescência” foi construída a partir de uma parceria entre as Secretarias Municipais de Promoção Social e de Saúde do município de Palmital, estado do Paraná, e tinha por objetivo sensibilizar a população adolescente do município sobre os problemas e responsabilidades decorrentes da gravidez não planejada na adolescência, utilizando-se de um material lúdico (um gibi) para fomentar a curiosidade e chamar a atenção para diversos aspectos relacionados ao problema, desde os impactos sobre a estrutura familiar até a possibilidade de infecção por doenças sexualmente transmissíveis (havia um link no material via QR Code para o hot site do Ministério da Saúde sobre AIDS, atualmente desativado). No presente estudo, foi analisado o gibi (PARANÁ, 2015). Esta campanha, atualmente, não se encontra ativa.

5) Campanha “Gravidez na Adolescência”

A campanha “Gravidez na Adolescência”, organizada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro em 2017, está estruturada a partir do hot site Conexão Saúde (<https://www.saude.rj.gov.br/gravidez-na-adolescencia/>), que traz informações sobre métodos contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, através de notícias, matérias e relatos de mulheres que se tornaram mães quando ainda eram adolescentes. Tem por objetivo sensibilizar os adolescentes sobre a importância do planejamento familiar e a prevenção da gravidez na adolescência. No presente estudo, avaliou-se a campanha “Gravidez na Adolescência” no hot site Conexão Saúde RJ (RIO DE JANEIRO, 2018). A campanha, atualmente, encontra-se ativa.

Para a análise desses materiais, utilizou-se a matriz (Quadro 2) elaborada por Rodrigues (2010) para a avaliação de material educativo, que consiste na atribuição de parâmetros positivos e negativos para quesitos relacionados à forma do material (ou mídia usada), sua estrutura ou formato, seu conteúdo, a linguagem adotada e os aspectos relacionados às ilustrações.

Quadro 2 – Matriz analítica utilizada por cada um dos avaliadores para identificar os parâmetros positivos e negativos de cada um dos pontos a serem analisados em cada material

Categoria	Itens a serem analisados	Parâmetro positivo	Parâmetro negativo
Forma/mídia	a. população a que se destina	Adequada	Inadequada

	b. conteúdo	Adequado	Inadequado
	c. linguagem	Adequada	Inadequada
Estrutura/formato	a. tamanho do material	Adequado	Inadequado
	b. tamanho do texto	Adequado	Excessivo Insuficiente
	c. qualidade do papel	Adequada	Inadequada
	d. qualidade das ilustrações	Adequada	Inadequada
	e. citação de autores / colaboradores	Adequada	Excessiva Insuficiente
	f. definição de público a que se destina	Adequada	Inadequada
Conteúdo	a. correção das informações	Adequada	Inadequada
	b. informações adequadas a população a que se destina	Adequadas	Inadequadas
	c. definições conceituais	Adequadas	Excessivas Insuficientes
	d. atualidade das referências	Adequada	Inadequada
	e. ausência de informações importantes	Adequada	Inadequada

	f. ênfase nas informações essenciais	Adequada	Inadequada
Linguagem	a. compreensível pela população	Adequada	Inadequada
	b. conceitos claros e objetivos	Adequados	Inadequados
	c. informações enviesadas ou prejudiciais	Adequadas	Inadequadas
Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras	Adequadas	Inadequadas
	b. layout atrativo	Adequado	Inadequado
	c. qualidade das ilustrações	Adequada	Inadequada
	d. pertinência das ilustrações	Adequada	Inadequada
	e. quantidade de ilustrações	Adequada	Excessiva Insuficiente

Fonte: RODRIGUES, 2010.

A análise dos resultados da aplicação da matriz pelos três profissionais avaliadores desvelou uma série de questões relacionadas ao processo de elaboração de campanhas sobre a gravidez na adolescência, aqui devidamente organizados quanto: a) à sua intencionalidade; b) à sua forma; e c) ao seu conteúdo.

Análise dos materiais quanto à sua intencionalidade

Um primeiro aspecto diz respeito ao propósito almejado com os materiais, no escopo das campanhas. À exceção dos materiais elaborados pelo Ministério da Saúde, que tinham um objetivo mais amplo de acompanhamento da saúde do adolescente de uma forma mais integral, a questão da gravidez na adolescência não era o aspecto principal, os demais

materiais apresentavam, como objetivo principal, a gravidez na adolescência como um problema social de âmbito familiar. A principal estratégia adotada foi atrair a atenção para as responsabilidades relacionadas à maternidade e os impactos que isto pode trazer para a vida do adolescente, desde as limitações no convívio social até as dificuldades de se concluir sua formação escolar. Aqui, é possível observar um primeiro problema em relação a esses materiais e sua intencionalidade: o foco é excessivamente colocado sobre a adolescente (menina) e não sobre os adolescentes (meninos e meninas, com responsabilidades compartilhadas). Exemplos dessa questão podem ser observados com mais clareza nos materiais 2, 5 e 8.

No Material 2 (vídeo), observa-se que a narrativa não contribui para a discussão de responsabilidade compartilhada entre o adolescente e a adolescente, no que diz respeito à gravidez (precoce), como fica claro no trecho onde a cantora Perlla diz: “as meninas da minha idade ou até mais novas do que eu, que não se cuidaram e tiveram filhos tiveram que mudar os planos de vida e deixaram de aproveitar a melhor fase [...]”. Tal afirmação poderia levar à falsa premissa que a prevenção (uso de camisinhas ou contraceptivos) é uma preocupação apenas das meninas, e não uma responsabilidade compartilhada. Ao direcionar a mensagem “às meninas”, o material perde sua potência e possibilidade de discussão de responsabilidade compartilhada.

Já no Material 5, tal questão pode ser observada no relato de uma jovem (Mariana), reproduzido no material, onde se lê: “Conheci um cara na balada e engravidei. Eu sabia dos riscos e não me preveni. Se pudesse voltar atrás faria tudo diferente”. Aqui, além da atribuição da responsabilidade apenas à menina, há também um tom de culpabilização (“sabia dos riscos e não me preveni”), o que além de levar a uma mensagem equivocada sobre responsabilidade não compartilhada ou individual, ainda pode contribuir para uma baixa-estima e degradação da imagem feminina, sobretudo considerando que tudo aconteceu “na balada”. Ainda nesse material, e também na sequência do relato de Mariana, essa situação é reforçada quando complementa suas ideias dizendo: “meu sonho [...] ter um marido trabalhador que possa ser um pai para minha filha e que ela seja uma boa moça”. Seria uma boa moça alguém que não frequenta balada e que não engravida precocemente?

Em relação ao Material 8 (hotsite), observa-se que as informações que ali constam sobre prevenção da gravidez (que nesse site se mesclam, em diversos momentos, às informações sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis), estão focadas nos métodos preventivos dirigidos às meninas (pílula, DIU, tabela etc.), algo que fica mais evidente quando se observa o texto na sua relação com as imagens e ilustrações (e.g. foto de

mão feminina segurando uma cartela de pílula anticoncepcional, rostos femininos, mãos femininas com punhos cerrados – e sobre fundo rosa – como símbolo de empoderamento etc.). Observa-se, no conjunto das informações ali presentes, uma ênfase sobre a responsabilidade feminina, reforçada por meio dos elementos gráficos (todos os símbolos femininos) que ilustram o site.

Ainda sobre esse material (8), em um dos textos que são apresentados no site, intitulado “Sexualidade: descobrir, experimentar e viver”, vê-se o registro de informação sobre a responsabilidade compartilhada: “Nas adolescentes, a gravidez pode acontecer até mesmo antes de vir a primeira menstruação. Como mesmo antes de menstruar existem ovulações, sexo sem proteção pode significar gravidez. Já os meninos podem engravidar sua parceira a partir da primeira ejaculação. Incluímos os meninos porque está totalmente enganado quem pensa que, por ser a menina que engravida, a responsabilidade é só dela. A responsabilidade é das garotas e dos garotos! Por isso, é importante saber como evitar uma gravidez não planejada – leia mais aqui <http://www.saude.rj.gov.br/gravidez-na-adolescencia/metodos-contraceptivos>.”. Esse registro, no entanto, é feito no meio de um texto de cinco parágrafos, sem o devido destaque no conjunto das informações oferecidas, o que limita o seu alcance.

Ainda sobre a intencionalidade dos materiais, cabe destacar que a maioria dos materiais faz referência aos direitos que todo jovem tem em relação à sua saúde reprodutiva ou ao acesso a métodos de contracepção. Apesar desse registro, em nenhum material se apresenta qualquer informação sobre onde ou como o adolescente conseguirá obter tal direito, ou seja, quem são os responsáveis por prover essa assistência. Seria o Sistema Único de Saúde? A Escola? Ou até mesmo a família? Também não fica claro nesses materiais onde os adolescentes poderão ter acesso aos métodos contraceptivos informados (com exceção do Material 8). Assim, essas informações, que certamente são valiosas para este público, acaba por perderem a sua função, afirmam que o adolescente tem o direito, que existem os métodos contraceptivos, mas não deixam claro como consegui-los (no Material 5 há a recomendação de procurar um médico e no Material 8 consta a informação que o Ministério da Saúde é responsável por fornecer os métodos contraceptivos, mas sem quaisquer detalhes adicionais).

De uma maneira geral, observa-se que os materiais elaborados têm como propósito oferecer acesso a informações sobre a gravidez na adolescência e suas consequências sem, porém, apresentar elementos básicos que os permitam ser identificados como materiais educativos, uma vez que:

- a) Não conseguem fazer a conexão com as estratégias de atenção e promoção da saúde no âmbito das quais foram elaborados;
- b) Não trazem elementos suficientes para permitir mudanças de comportamento e atitudes que venham a determinar a adoção de hábitos mais saudáveis e seguros quanto à saúde reprodutiva desses adolescentes;
- c) São limitados na tentativa de apresentar elementos motivacionais e de estímulo à adoção de práticas mais saudáveis no que tange à saúde reprodutiva do grupo;
- d) E não permitem que o grupo consiga “navegar” pelo sistema de saúde (público e complementar), de forma a obter aconselhamento e acompanhamento adequado no que tange às questões de saúde reprodutiva, o que configuraria a saúde integral determinada e exigida pelas leis e políticas de saúde.

Análise dos materiais quanto à sua forma

A avaliação dos materiais selecionados no que diz respeito à sua forma e às mídias usadas apontou para uma preponderância de material impresso em relação a outros formatos aplicáveis, com ênfase na elaboração de textos capazes de apresentar uma ou mais mensagens-chave sobre o problema. De uma maneira geral, pode-se considerar que houve uma tentativa de aproximação da forma e da mídia selecionada em cada material à audiência (público a que se destina), sobretudo nos Materiais 3, 4, 5 e 7.

As Cadernetas de Saúde do Adolescente (Material 3 para meninos e Material 4 para meninas), elaboradas pelo Ministério da Saúde, são instrumentos usados para o acompanhamento da saúde e do desenvolvimento do adolescente, em particular dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Incluem diversos aspectos do quadro de saúde desses jovens, incluindo orientações sobre saúde sexual e prevenção da gravidez. Apesar de se configurar como uma estratégia diferenciada o fato de articular informações claras e objetivas sobre o problema num instrumento de acompanhamento da saúde, não se tem registro sobre o alcance e a distribuição dessas cadernetas no país, nem sobre o seu uso pelas famílias.

O trabalho de Campos (2014), que buscou avaliar como um grupo de adolescentes da rede pública de ensino de Uberlândia (MG), interpretava as informações contidas nas cadernetas, apontou algumas questões também aqui observadas pelos avaliadores, a saber:

1) Quando o material apresenta informações sobre saúde reprodutiva e desenvolvimento, o faz de maneira clara e os jovens participantes do estudo informaram ter sido informados sobre o assunto; entretanto, há uma certa dificuldade de interpretar os gráficos relacionados ao desenvolvimento (IMC, crescimento etc.) e sua relação com as

demais seções do material, o que aponta para um possível problema de forma (associação entre instrumento de acompanhamento do quadro de saúde e material educativo);

2) O material foi considerado extenso tanto pelos avaliadores desse estudo quanto pelos alunos entrevistados no estudo de Campos (2014), o que dificulta a apropriação das mensagens-chave contidas em sua porção “educativa” pela audiência;

3) Igualmente, tanto os avaliadores do presente estudo quanto os alunos participantes do estudo de Campos (2014) identificaram ser o material insuficiente como instrumento de educação, devendo o mesmo estar associado a iniciativas educativas no âmbito escolar e da Atenção Básica.

É necessário, ainda, apontar que a caderneta e seu modo de preenchimento e manuseio não podem ser considerados adequados ao grupo a que se destina, por se tratar de material impresso, de preenchimento manual, não havendo interface com outras tecnologias de comunicação, algo bastante comum no dia a dia desse público.

Em relação ao Material 5, o processo de análise pelos três profissionais avaliadores identificou alguns aspectos positivos quanto à forma e à mídia escolhida, em particular a boa articulação entre a linguagem textual (clara e objetiva, como veremos a seguir) e as ilustrações. Outro destaque positivo foi em relação à estética claramente identificada com o grupo, com presença de cores vibrantes e alguns “ícones”, como as roupas e acessórios usados. Houve um estranhamento, entretanto, com relação à inclusão da representação de uma lata de refrigerante. Primeiramente, por fazer uma alusão clara a uma marca específica de refrigerante (num material custeado por verbas públicas). E segundo, mas não menos importante, pelo fato de naturalizar (ou, implicitamente, até mesmo estimular) o consumo de refrigerantes pelo grupo, o que vai contra toda e qualquer política pública de alimentação e nutrição nas três esferas de governo.

Já o Material 7, configura-se como uma tentativa de trazer uma mídia pouco usada em ações educativas (gibi), ajustando sua estética aos padrões compartilhados pelo grupo (traço, linguagem, cores etc.). Nesse aspecto, há que se considerar duas importantes questões:

1) Gibis são materiais usualmente associados à infância e, no momento de transição para a adolescência, os jovens tendem a abandonar o hábito de leitura. Obviamente há gibis dirigidos a esse público (mangás, comics etc.), mas o que se observa no material em questão foi a manutenção de um traço mais infantil com representação de personagens adolescentes. Assim, cabe a dúvida quanto à adequação da forma e da mídia ao grupo a que se destina, devidamente pontuada na análise dos profissionais avaliadores;

2) Uma outra questão relacionada à forma tem a ver com a escolha, feita no material, de uma linguagem satírica, extremamente coloquial, para tratar de uma questão que é sensível e delicada. Se por um lado esse tipo de linguagem confere certa “leveza” ao material e tenta se aproximar de um padrão de linguagem usualmente compartilhado pelo grupo, em diversos momentos tende a abordar questões complexas de forma jocosa e em tom de sátira. Apesar de tal estratégia não ter comprometido a qualidade do material em sua totalidade – aliás, esse foi considerado um dos materiais mais adequados entre todos os avaliados – há de se observar as possíveis implicações dessas escolhas no alcance e no propósito do material.

Análise dos materiais quanto ao seu conteúdo

A análise dos materiais pelos profissionais avaliadores desvelou que, de uma maneira geral, se encontram adequados quanto ao seu conteúdo. Observa-se um nítido cuidado com relação à linguagem e uma tentativa de colocar os conteúdos em questão num quadro referencial próximo ao da audiência.

No Material 1, por exemplo, a mensagem-chave (“se cuida, gravidez tem hora”) vem acompanhada de um texto que busca chamar a atenção para o material, usando elementos da linguagem coloquial próprios do estado do Rio de Janeiro: “Se seu namorado não quer usar camisinha, ele é um tremendo vacilão. Se cuida, gravidez tem hora”. Tal frase, juntamente com foto de uma cantora de funk (gênero musical também bastante apreciado por jovens do estado), confere identidade regional ao material que funciona como elemento de aproximação em torno do problema, a partir de um sentimento de pertencimento ou familiaridade.

Já nos materiais 3 e 4, observa-se a apresentação de conteúdo atual, relevante para a saúde do adolescente. Estão adequados ao tipo de mídia proposta – uma caderneta que pretende discutir questões amplas de acompanhamento da saúde do adolescente, como imunização, alimentação e nutrição, desenvolvimento da puberdade, sexualidade entre outros. De modo geral, estão construídos por linguagem não rebuscada, que procura estabelecer relação direta com o leitor, usando a terceira pessoa do singular “você”, como observado no seguinte trecho: “Esta caderneta de saúde é um documento útil que vai ajudá-lo a conhecer um pouco mais sobre seu corpo e a cuidar melhor de si próprio”. Aqui cabe também o destaque à orientação, presente no material, que o mesmo deve ser usado durante os atendimentos dos adolescentes pelos serviços de saúde, logo constituindo um diálogo entre o material, o adolescente e o profissional de saúde, o que confere um caráter bastante específico a esse material.

Ainda sobre o conteúdo, a análise do Material 6 apontou que o mesmo se encontra adequado, com conteúdo atualizado e tratado de forma suficiente, sem ser excessivo. Consegue destacar diferentes aspectos de grande relevância sobre o tema, sem ser confuso. Entre esses temas, encontram-se:

- a) possíveis complicações na saúde da gestante adolescente e da criança que está sendo gerada;
- b) a realidade ao se lidar com a presença de um recém-nascido em casa e como isso muito certamente vai se refletir em adiar planos, como por exemplo fazer faculdade;
- c) a corresponsabilidade entre o adolescente e a adolescente que se relacionaram sexualmente sem utilizar método contraceptivo;
- d) a existência de métodos contraceptivos e preventivos contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST);
- e) o apoio familiar presente (há dois quadros em que, aparentemente, a mãe do adolescente e da adolescente mostram-se presentes);
- f) a necessidade do(a) adolescente ter acesso ao serviço de saúde;
- g) e a presença da professora/ambiente escolar como um local promotor da educação sexual do(a) adolescente.

Todas essas questões são abordadas de maneira clara, com uso de frases curtas, sem uso de conceitos errôneos, desatualizados ou enviesados. Em alguns momentos, o texto é longo, no entanto, tal recurso foi considerado necessário e compreensível tendo como referência um público que se encontra na escola, entre o fim do ensino fundamental e o ensino médio.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados do estudo apontou para uma série de elementos que caracterizam a importância do uso de materiais educativos para a atenção (menos) e promoção (prioritariamente) da saúde em relação a gravidez na adolescência. E, portanto, precisam ser considerados no contexto do desenvolvimento de programas e ações voltadas à prevenção dessa situação de saúde que, como visto anteriormente, é um dos principais desafios à saúde desses jovens em países como o Brasil.

Segundo Klein et al. (2005), as estratégias de intervenção mais bem-sucedidas voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência no mundo se configuram a partir de abordagens múltiplas e variadas do problema e incluem informações sobre promoção da

saúde reprodutiva, métodos de contracepção (incluindo a abstinência), disponibilidade e acesso a métodos anticoncepcionais e educação para a sexualidade. Nation et al. (2003), em uma análise sobre quais estratégias para a prevenção de problemas sociais e de saúde na adolescência costumam ser mais eficazes, apontaram um conjunto de fatores que são determinantes para o sucesso dessas estratégias de intervenção e educação, entre os quais se destacam:

a) Ação precoce como elemento estratégico: os autores argumentam que o sucesso de ações educativas voltadas para o grupo dos adolescentes pode estar relacionado com intervenções precoces, de âmbito familiar ou mesmo na escola, que possibilitem ao pré-adolescente conhecer e ir se familiarizando com o desenvolvimento do seu organismo e o aparecimento da sexualidade como elemento cotidiano, natural e humano;

b) Adequação cultural: projetar um programa de prevenção para ser culturalmente apropriado, segundo os autores, uma ação estratégica para aumentar a sua relevância e eficácia. Programas de prevenção culturalmente adequados (ou ajustados) vão além da adequação da linguagem e da forma; também incluem profundas modificações estruturais sensíveis a fatores culturais, capazes de influenciar o desenvolvimento e a receptividade para a ação;

c) Modelos positivos na relação adultos-adolescentes: evidências apontam para a necessidade de as ações educativas proporcionarem e/ou considerarem as oportunidades para as crianças desenvolverem relacionamentos fortes e positivos com adultos, seja na família ou na escola, uma vez que este tem sido um fator consistentemente associado a resultados positivos de programas voltados a adolescentes. Segundo os autores, estudos e evidências na literatura apoiam a ideia de que é fundamental que as crianças, no seu processo de desenvolvimento à adolescência, tenham referências positivas em seus relacionamentos com adultos, referências essas que serão determinantes em suas próprias práticas de saúde reprodutiva e sexual, e que, portanto, esse elemento deve fazer parte do desenho de um programa educativo ao grupo dirigido;

d) Contextualização do programa às realidades local e ambiental: segundo os autores, uma das características de programas bem-sucedidos voltados à educação e a prevenção de riscos junto a adolescentes está na adequação dessas iniciativas às realidades locais e ambientais vivenciadas por esses jovens.

Outro aspecto a ser considerado, segundo Bearinger et al. (2007), é o desenvolvimento biológico e social que caracteriza a adolescência, por determinar o comportamento sexual e os riscos compartilhados por esses jovens, podendo variar de acordo

com gênero, etnia, distribuição geográfica e nível socioeconômico, bem como em relação às tradições, costumes e valores definidos pela estrutura e organização sociocultural. Para esses e outros autores (AQUINO et al., 2003; BROWN et al., 2006), um conjunto de fatores complicadores, como a variação na maturação biológica, idade de iniciação sexual, tipo e número de parceiros sexuais, uso de preservativos e métodos contraceptivos, juntamente com padrões e normas conjugais e a possibilidade de coerção sexual, criam uma confluência de fatores que podem, tanto, proteger contra doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce quanto aumentar o risco de um jovem vir a ter esses problemas (BEARINGER et al., 2007). Tal consideração aponta para a necessidade de qualquer ação, voltada à promoção de hábitos e atitudes relacionadas a uma saúde reprodutiva mais segura e saudável entre os adolescentes, além de contemplar, total ou parcialmente, essas dimensões, aumentando assim a complexidade da ação educativa, porém ajustando-a à realidade do grupo a que se destina.

Outra questão importante a se considerar, quando da elaboração de campanhas educativas relacionadas à gravidez e à saúde reprodutiva para adolescentes, é a relação desses com os diferentes tipos de mídia. Diversos estudos (MCCULLOUGH; SCHERMAN, 1991; AQUILINO; BRAGADOTTIR, 2000; NATION et al., 2003; KLEIN et al., 2005; BROWN et al., 2006; STRASBURGER; JORDAN; DONNERSTEIN, 2012) vêm apontando para a necessidade de se considerar, no âmbito das estratégias educativas voltadas à prevenção de gravidez na adolescência (entre outras questões de saúde reprodutiva), a associação ou aproximação dessas iniciativas com os conteúdos (e.g. programas de televisão, seriados, filmes, músicas, memes, vídeos etc.) produzidos nas diferentes mídias, e aos quais esses adolescentes têm acesso diário, ocupando parte importante de seu tempo livre e se constituindo, de uma maneira geral, como sua principal fonte de informação para questões sobre saúde e sexualidade (BROWN et al. 2006; STRASBURGER; JORDAN; DONNERSTEIN, 2012).

Strasburger, Jordan e Donnerstein (2012), em um estudo sobre a relação dos adolescentes com as diferentes mídias e seus possíveis impactos sobre a maneira como obtêm informações sobre saúde, organizam os diversos meios e instrumentos de comunicação em dois grandes conjuntos: as “velhas mídias” e as “novas mídias”. Segundo os autores:

- As velhas mídias incluem meios de comunicação que já se consolidaram no âmbito da sociedade há mais de uma geração, como os jornais, a televisão, o cinema e o rádio;
- Já as chamadas novas mídias são aquelas que surgem pós-Internet e que se ampliam e diversificam, a cada dia, de maneira muito rápida, pelo desenvolvimento tecnológico do campo, incluindo as mídias sociais (Facebook, Instagram, MySpace etc.),

plataformas de vídeo (YouTube etc.), serviços de streaming (Netflix, Hulu etc.) e aplicativos de trocas de mensagens e arquivos (WhatsApp, Messenger, Snapchat etc.).

Analisando dados obtidos em diversos estudos e pesquisas realizados nos EUA, desde a década de 1970 até o ano de 2010, sobre a relação dos adolescentes e as mídias no que se refere aos cuidados à saúde, Strasburger, Jordan e Donnerstein (2012) apontaram uma série de questões que, igualmente, foram identificadas no presente estudo, ao longo da análise dos materiais pelos profissionais avaliadores, entre os quais destacamos:

- Apesar de os adolescentes gastarem parte significativa do seu tempo de lazer assistindo televisão e vídeos (séries, filmes etc.) e escutando música, ou seja, navegando pela velha mídia, quase não se observa a inclusão, nesses conteúdos, de informações sobre prevenção da gravidez e orientação sexual, mesmo quando se aborda o tema no filme ou vídeo. Assim, uma possível associação entre a campanha educativa e um exemplo de seu cotidiano acaba ficando restrita, limitando o alcance das informações produzidas ao próprio material educativo;
- Ainda no âmbito das “velhas mídias”, cabe destaque ao conteúdo de teor machista e misógino presente em diversas canções de diferentes gêneros musicais (e.g. funk, sertanejo, brega etc.), que reforça estereótipos machistas e, direta ou indiretamente, induzem à naturalização da violência contra mulher, inclusive a violência sexual, bem como reduzem frequentemente a mulher a um objeto e a partes do seu corpo;
- Já no contexto das “novas mídias”, o alcance e a rapidez como as informações circulam pelas mídias sociais e pelos aplicativos de troca de mensagens e arquivos, determinam novos e complexos desafios ao processo de busca, compreensão, avaliação e significação de mensagens e informações sobre saúde. O intercâmbio de imagens íntimas e mensagens de cunho sexual (*sexting*), a gravação (consentida ou não) de atos sexuais entre adolescentes, os grupos privados criados em diversas mídias sociais para disseminar mensagens e imagens depreciativas contra as mulheres, entre outros tantos elementos, acabam por fazer parte do cotidiano dos adolescentes em todo o mundo, impactando direta e indiretamente na maneira como esses jovens obtêm e dão sentido a informações relacionadas à sexualidade.

Apesar dos problemas e desafios aqui identificados, uma série de autores (BROWN et al., 2006; PINKLETON et al., 2008; STRASBURGER; JORDAN; DONNERSTEIN, 2012) vem apontando para um aumento, gradual e contínuo, da aproximação entre as iniciativas voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência e os conteúdos e temas trabalhados tanto pelas novas quanto pelas velhas mídias. A análise dos materiais educativos aqui

realizada já identifica tentativas concretas de aproximação, como a inserção de conteúdo digital (via links e QR Code) em material impresso, o uso crescente de informação online e das mídias sociais para fins de divulgação e comunicação sobre a gravidez na adolescência e a tentativa de associação de influenciadores midiáticos (atores/atrizes, cantores/cantoras, outros artistas etc.) nas campanhas voltadas à prevenção da gravidez precoce e o aumento do conhecimento sobre saúde reprodutiva junto a adolescentes no país. Pode ainda não ser suficiente para tirar o país do grupo de líderes em gravidez na adolescência no mundo, mas já contribui para os resultados obtidos, nas últimas duas décadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adolescentes aprendem com as velhas e novas mídias. Interagir via mídias sociais, assistir televisão, escutar música, trocar mensagens e arquivos e assistir a vídeos e filmes em streaming estão entre as atividades que mais ocupam o tempo desses jovens, dividindo espaço com o tempo dedicado à escola, à família e a outros constituintes da organização social. Dessa forma, pensar estratégias para a mudança de hábitos e comportamentos, no que diz respeito à saúde reprodutiva e, particularmente, à prevenção da gravidez entre esses jovens, precisa partir da consideração da indissociabilidade entre as campanhas educativas (em que se incluem os materiais e outros instrumentos de informação e comunicação produzidos) e as mídias (velhas e novas) às quais esse grupo tem acesso e faz uso cotidiano.

O presente estudo analisou os principais constitutivos e características de materiais educativos produzidos no âmbito de campanhas oficiais voltadas à prevenção da gravidez adolescente no país, apontando para uma série de elementos que precisam ser considerados por educadores e autoridades de saúde, para a garantia do efetivo papel desses materiais como instrumentos para a promoção de hábitos reprodutivos mais saudáveis e a prevenção da gravidez precoce nesse grupo. A análise desvelou que, se por um lado, a qualidade dos materiais e o cuidado em adequá-lo à realidade do grupo a que se destina se destacam como aspectos positivos, por outro, persiste uma série de desafios, ainda a ser superada, entre eles: a) a necessidade de se construir conteúdos e ações que possam ser trabalhados pelas “novas mídias”, em particular no contexto das mídias sociais, contribuindo para a maior familiaridade desses jovens com informações e orientações adequadas relacionadas à saúde reprodutiva e às consequências de uma gravidez precoce para a saúde dos jovens, a organização familiar e a estrutura social; b) a necessidade de se romper em definitivo com o modelo normativo-prescritivo da educação em saúde, colocando a perspectiva dialógica da construção compartilhada de conhecimentos no cerne do processo de elaboração de

campanhas educativas dirigida a esse grupo; e c) a necessidade de se avançar num modelo educativo que considere a responsabilidade compartilhada entre o adolescente e a adolescente no que tange à gravidez precoce, diminuindo não apenas o impacto sobre a vida e a organização familiar e social de jovens mulheres/meninas, como também enfrentando o estigma e a baixa estima associada à adolescente grávida.

Isto posto, e à guisa de conclusão, torna-se imperativo que os órgãos oficiais do setor da saúde, nas três esferas de governo, possam promover uma ampla reformulação das estratégias de educação e comunicação voltadas à prevenção da gravidez na adolescência e à promoção de uma saúde reprodutiva mais adequada às necessidades e à realidade do grupo em questão. Para isso, e a partir dos resultados do presente estudo, observa-se a necessidade de: a) garantir um uso mais adequado dos recursos disponíveis para o financiamento de iniciativas de educação, com priorização de ações e iniciativas construídas numa perspectiva dialógica, adequadas à literacia em saúde do grupo e ajustadas do ponto de vista geográfico, étnico e de gênero; b) investir na aproximação entre as iniciativas de educação em saúde e a produção de conteúdos para as velhas e novas mídias, sobretudo conteúdos de mídia positivos – que incentivem estilos de vida e escolhas saudáveis e mostrem aos jovens as vantagens e desvantagens de cada escolha; e c) investir na realização de estudos integrativos e abrangentes voltados para atualizar o conhecimento atual dos efeitos da mídia sobre crianças e adolescentes, bem como estimular novos esforços de pesquisa orientados à produção de conteúdos e estratégias de prevenção e promoção da saúde mais adequadas à realidade da audiência.

Acredita-se que, com a reorientação das estratégias de educação em saúde – numa perspectiva mais dialógica e ajustada quanto à literacia em saúde – e sua aproximação com as velhas e novas mídias, será possível potencializar o papel das campanhas educativas, e dos materiais construídos para atendê-las, no enfrentamento da gravidez precoce e dos diversos fatores a ela relacionados, promovendo não apenas hábitos mais saudáveis e seguros de saúde sexual junto aos jovens, como avançando em um projeto de sociedade mais informada, saudável e com menos iniquidades sociais e sanitárias.

REFERÊNCIAS

AQUILINO, M. L.; BRAGADOTTIR, H. Adolescent pregnancy: Teen perspectives on prevention. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, Iowa, v. 25, n. 4, p. 192-197, 2000.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl.2, p. S377-S388, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jun. 2018.

BEARINGER, L. H. et al. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. **The lancet**, Minneapolis, v. 369, n. 9.568, p. 1220-1231, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 980/GM de 21 de dezembro de 1989. Define objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa de Saúde do adolescente – PROSAD. Brasília, 1989.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde da Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Adolescente (menina)**. 2. ed. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente (menino)**. 2. ed. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menino.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BROWN, J. D. et al. Sexy media matter: exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior. **Pediatrics**, v. 117, n. 4, p. 1018-1027, 2006.

CAMPOS, P. L. **Caderneta de saúde do(a) adolescente**: uma contribuição na educação para a sexualidade? Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

FERNANDES, D. Governo do Estado faz campanha contra gravidez na adolescência. Se cuida, gravidez tem hora [campanha]. **Adolescente e Jovens [blog pessoal]**. Rio de Janeiro, 21 mar. 2007. Disponível em: <<http://danijoyens.blogspot.com/2007/03/governo-do-estado-faz-campanha-contr.html>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

GANCHIMEG, T. et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization Multicountry study. **Bjog**, n. 121, Supl. 1, p. 40-48, Mar. 2014.

JAGER, M. E. et al. The teenager in the context of public health in Brazil: reflections on the PROSAD. **Psicologia em Estudo**, Maringá/PR, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014.

KLEIN, J. D. et al. Adolescent pregnancy: current trends and issues. **Pediatrics**, University of Illinois at Chicago, v. 116, n. 1, p. 281-286, 2005.

MCCULLOUGH, Mona; SCHERMAN, Avraham. Adolescent pregnancy: Contributing factors and strategies for prevention. **Adolescence**, v. 26, n. 104, p. 809, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

NATION, M. et al. What works in prevention: principles of effective prevention programs. **American Psychologist**, v. 58, n. 6-7, p. 449, 2003.

PARANÁ. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Palmital. **Gibi Brasilzinho e a Galera Adolescente**: gravidez na adolescência. Palmital/PR: Secretaria Municipal de Promoção Social/Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponível em: <http://issuu.com/marcosvaz/docs/gibi_brasilzinho_gravidez_issuu>. Acesso em: 01 jun. 2018.

PINKLETON, B. E. et al. Effects of a peer-led media literacy curriculum on adolescents' knowledge and attitudes toward sexual behavior and media portrayals of sex. **Health Communication**, v. 23, n. 5, p. 462-472, 2008.

RODRIGUES, K. M. **Análise das estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição produzidas no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no período de 1999 a 2010**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Campanha “Se Cuida, Gravidez Tem Hora” [vídeo da campanha]**. 2007. Disponível em: <<http://youtu.be/P0vqvq3GsTk>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. Gravidez na Adolescência. **Conexão Saúde RJ [Hotsite]**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/gravidez-na-adolescencia/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SÃO PAULO. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Gravidez na Adolescência: é a melhor hora? [folder de campanha]**. Limeira: Centro de Promoção Social Municipal/Secretaria Municipal de Saúde de Limeira/SP, 2010a. Disponível em:

<<http://alimaira.wordpress.com/2010/10/04/folder-gravidez-na-adolescencia/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SÃO PAULO. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Gravidez na Adolescência: é a melhor hora? [cartaz da Campanha]**. Limeira: Centro de Promoção Social Municipal/Secretaria Municipal de Saúde de Limeira/SP, 2010b. Disponível em: <<http://alimaira.wordpress.com/2010/10/04/gravidez-na-adolescencia/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SIMOVSKA, V.; KANE, R. Sexuality education in different contexts: limitations and possibilities. **Health Education**, v. 115, n. 1, p. 2-6, 2015.

STRASBURGER, V. C.; JORDAN, A. B.; DONNERSTEIN, E. Children, Adolescents, and the Media: Health Effects. **Pediatric Clinics**, v. 59, n. 3, p. 533-587, 2012.

UNFPA. **Adolescent pregnancy: a review of the evidence**. New York: UNFPA, 2013. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

UNFPA. **Estratégia Regional para Prevenção e Redução da Gravidez Não Intencional na Adolescência**. Assunção: UNFPA; 2017. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/images/Marco_Estrategico_portugués_FINALaj.pdf> Acesso em: 01 jun. 2018.

WHO; UNICEF; UNFPA; WORLD BANK GROUP; UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

WHO. **Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015**. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/>. Acesso em: 01 jun. 2018.

WORLD BANK. **Economic impacts of child marriage: Global synthesis report**. Washington, DC: World Bank, 2017. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/530891498511398503/Economic-impacts-of-child-marriage-global-synthesis-report>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico (FALKENBERG et al. 2014, p. 851).

O ponto central da questão deste trabalho está relacionado à discussão que se tem feito sobre a gravidez na adolescência e qual o ponto de partida neste debate para se abordar o tema, desconstruindo-se o universo da adolescência estigmatizada pela sociedade, não sob aspectos relacionados ao seu contexto, cotidiano, perfil econômico, social e financeiro e sobretudo, à sua cultura. Mas a um estereótipo que foi criado ao longo dos anos, uma vez que, segundo Heilborn (2006), a adolescente grávida não era vista com tanta preocupação como acontece hoje. Também por uma questão financeira, principalmente quando o Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) aponta que a gravidez na adolescência compromete a geração de renda do país por conta do PIB. Cerca de R\$ 8 bilhões deixam de ser arrecadados por conta da adolescente que engravida, tanto porque abandona o trabalho, quanto porque vai depender do Estado para o seu sustento e o de sua família.

Mais um fator para somar aos muitos aspectos para considerar a gravidez na adolescência como uma problemática que precisa ser analisada em seus múltiplos aspectos. A desconstrução que vários autores fazem, como Heilborn (2002), com a pesquisa Gravad, mostra um adolescente que tem seu ideal de vida, seja qual for, a partir do seu contexto, da sua estrutura social. Essa adolescência não tem sido de fato “olhada” pela sociedade tal como ela é em sua totalidade (HEILBORN et.al, 2006). Também se esquece de avaliar que os programas de saúde regulamentados pela Assembleia e vigorados pelo Estado obedece a diretrizes que, em geral, não possui as vertentes e vias desta conexão adolescente para atender às suas demandas.

As poucas campanhas existentes sobre gravidez na adolescência, como apontada na análise e discussão das mesmas, tentam contribuir para a prevenção à gravidez na adolescência, mas sem abordar o principal aspecto: a necessidade do e da adolescente frente à condição que se encontra, sob diferentes aspectos e, assim, apoiar a posição de serem pais, ambos, derrubando assim, também a cultura machista tão impregnada na sociedade brasileira. O status de ser mãe para algumas adolescentes, por conta do fracasso relacional com a sua família, acaba sendo entendido como elemento para propiciar uma "vida melhor" - apesar da luta ser maior, pois terão que assumir o trabalho precocemente tanto como mãe quanto trabalhadora, como vê-se no estudo da Dadoorian (2000). Outras desejam ser mães por

instintivamente ou inconscientemente seguirem o mesmo caminho de suas mães, que engravidaram precocemente (DADOORIAN, 2000); outras ainda por se entregarem ao primeiro amor de suas vidas, querem assumir o papel de mãe na sociedade, e há ainda aquelas que não querem ter filhos “velhas”, pois a comunidade considera normal engravidar jovem, ou seja, até os 20 anos. Seja qual for o aspecto relacionado às concepções e percepções públicas sobre a gravidez na adolescência, do ponto de vista do grupo, observa-se claramente a necessidade de o estado promover um melhor aconselhamento, apoio e acesso a informações que, efetivamente, possibilitem a estes jovens significar em sua plenitude o que é ser mãe ou pai em fase tão precoce da vida.

A análise aqui realizada, no bojo de campanhas sobre a gravidez na adolescência, evidenciou que os materiais se encontram apenas minimamente (periféricamente) conectados à compreensão da vivência dessas adolescentes em seu contexto, como vivem, qual o perfil, os gostos, as habilidades, necessidades etc. Além disso, oferecem poucas opções que sejam atrativas para a idade e com empatia para que haja um retorno do que se propõe. Não é oferecendo camisinha, por exemplo, que a garota não engravidará. Deve-se sim, oferecer opções de vida, com estrutura para que ela possa escolher o seu caminho a ser percorrido, a vida que quer seguir.

Aqui cabe uma outra e importante consideração: esses materiais estão, em sua maioria, focados na adolescente e não no adolescente. É como se a gravidez na adolescência fosse uma questão de maternidade e não, também, de paternidade. Faltam instrumentos e iniciativas que permitam a discussão, criteriosa e necessária, sobre a responsabilidade compartilhada na gravidez na adolescência. E falta se avançar, e muito, em estratégias de comunicação e educação em saúde para esse grupo.

A necessidade de uma comunicação adequada a partir da educação em saúde está atrelada de um lado, ao que se quer comunicar, o que se sabe sobre o assunto a divulgar, onde se quer chegar, o que se tem à disposição para comunicar, e de outro lado, o que levou a audiência à informação, quais as suas expectativas, o que pode fazer após a ação e quais sentidos pode se dar ao que foi comunicado? Quando emissor e receptor interagem e a mensagem passa a ser produzida a partir da participação popular, coletiva, por meio de um processo dialógico a interação entre saberes distintos ocorre e vai propiciar a educação que se alcança, pela produção de sentido. Assim acontece quando as partes encontram elementos de significação comum, tanto do emissor da mensagem quanto da audiência a que se destina, como apresentado no capítulo anterior. Há uma confluência da informação e do que a audiência quer encontrar.

No entanto, há uma sistemática que pode contribuir com a educação em saúde – a literacia em saúde (health literacy). Em vez de “educação”, Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2006) acreditam que esse termo possa contribuir para a compreensão das estratégias na saúde, pois poderia ser visualizado como uma fase adiante da educação em saúde ou mesmo complementar. Eles consideram importante literacia em saúde para se chegar ao entendimento da mensagem em saúde por todos os tipos de público, sobretudo, em um país que se tenha uma política eficaz para a compreensão complexa dos vários domínios da literacia na saúde (Fundamental, Cívica, Cultural e Científica): “essa compreensão ajudará a criar esforços de comunicação de saúde bem sucedida, fornecer um quadro analítico a partir do qual analisar a comunicação de saúde como é encontrado, e, finalmente, levar ao desenvolvimento de uma medida mais completa de alfabetização da saúde”.

Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2003, p. 196-197) definem literacia em saúde como “uma ampla gama de habilidades e competências que as pessoas desenvolvem para buscar, compreender, avaliar e usar informações e conceitos de saúde para fazer escolhas informadas, reduzir os riscos à saúde e aumentar a qualidade de vida”. Com essa definição, os autores acima reforçam que a literacia permite à pessoa ser capaz de adotar conceitos e informações de saúde para as situações que surgem em sua vida e assim conseguir participar de diálogos públicos ou privados correlacionados à ciência e à saúde, podendo assim tomar decisões mais informadas e ampliar a qualidade do cuidado à sua saúde, de sua família e de sua comunidade.

Em todos os estudos observa-se uma urgência necessária em adequar a informação aos parâmetros da educação em saúde, mesmo diante de inúmeros desafios, pois há também muitas oportunidades ao mesmo tempo para esta transição, em melhorar o nível de alfabetização da população, da qualidade da comunicação e educação em saúde, da inclusão da comunidade no processo de elaboração dessa comunicação, de modo horizontal, não medicalizado, sob a diretriz da literacia, de forma perene, permanente.

As campanhas de saúde sobre gravidez na adolescência deveriam ser elaboradas dentro de um contexto mais abrangente de transformação, uma vez que são parte de um processo de construção coletiva de sentidos, visando possibilitar aos indivíduos as escolhas informadas sobre sua saúde e de terceiros, no caso, a família. Mesmo campanhas nacionais devem oferecer as diretrizes para a construção de ações microrregionais ou locais, adequadas à realidade dos grupos ou indivíduos a que se destinam, atendendo o seu contexto socioeconômico e cultural para se conseguir o propósito da literacia em saúde (ZARCADOOLAS, 2010).

Duas dimensões distintas encontram-se nesse sentido, o cuidado com a linguagem, a forma e o conteúdo (aproximação), e o cuidado com a adequação no contexto da educação em saúde, para o devido engajamento. Aqui vemos com bastante potencial a capacidade de reajustarmos as estratégias de educação e de comunicação em saúde a partir da literacia em saúde, algo que colocamos como recomendação para estudos posteriores.

7 REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138por.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

AMARAL, Vera Lúcia do. A Psicologia da Adolescência. **Psicologia da educação**. UNIDIS GRAD. Natal, RN: EDUFRN, 2007.

AMORIM, Melania Maria Ramos et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 404-10, 4, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a06.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Temas em Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 152 p.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Materiais educativos e produção de sentidos na intervenção social. In. MONTEIRO, S.; Vargas, E. (Orgs). **Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 49-69.

AZEVEDO, Walter Fernandes de et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-626, dezembro. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000400618&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2017.

BASTOS JUNIOR, José Carlos. **Comunicação pública da ciência e health literacy no portal da ANVISA**. Dissertação (Mestrado em Ciência, Tecnologia e Sociedade) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016. 221 p. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/7482/DissJCBJ.pdf;jsessionid=D134A35EC038B1F751AA10D509304291?sequence=1>>. Acesso em: jun. 2017.

BERBEL, Danilo Brancalhão; RIGOLIN, Camila Carneiro Dias. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, São Carlos, v. 2, n. 1, p. 25-38, jan.-jun. 2011.

BOURDIEU, Pierre. **O campo científico**. São Paulo: Ática, 1983.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-30, 2006.

BRASIL. Artigo 227, Constituição Federal de 1988. Título VIII. Da Ordem Social Capítulo VII - **Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso**. Diário Oficial [da]

República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 8 dez. 1988. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_08.09.2016/art_227_.asp>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Casa Civil, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.069-1990?OpenDocument>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE**. Brasília, DF: CONANDA, 2006.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 6286/2007 e Portaria GM n.º 1861/2008**. Programa Saúde na Escola, 5 de dezembro de 2007a. Brasília/DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens** (proposta preliminar). Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007c. 44 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.147, de 17 de dezembro de 2009. Cria a Caderneta de Saúde do Adolescente e estabelece recursos financeiros a serem transferidos para os Fundos Estaduais de Saúde, para a sua implantação. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3147_17_12_2009.html>. Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, 2010a, 132 p., il. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos 2008-2011**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 138 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/index.php>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política

Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 20 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 14 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: normas e reflexões**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Portaria MS nº 1.082 , de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei**, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em conflito com a lei. Brasília/DF, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_1082_de_23_05_14_PNAISARI.pdf>. Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 464 p.; p. 102, Brasília – DF, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Disponível em: 15 abr. 2017.

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Relatório Avaliativo Eca 25 Anos**, Brasília, 2016. Disponível em: <flacso.org.br/files/2016/10/Relatorio-Avaliativo-ECA.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações sobre gravidez na adolescência. **Portal Ministério da Saúde**, Brasília, maio 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-adolescente-e-do-jovem/informacoes-sobre-gravidez-na-adolescencia2>>. Acesso em> 10 abr. 2017.

BROSSARD, Dominique; LEWENSTEIN, Bruce. A Critical Appraisal of Models of Public Understanding of Science: Using Practice to Inform Theory. In: KAHLOR, LeeAnn; STOUT, Patricia A. **Communicating Science: New Agendas in Communication**. 2010,

264 p.

CAMPOS, Helena Maria; SCHALL, Virgínia Torres; NOGUEIRA, Maria José. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, abr./jun. 2013, p. 336-346. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a15.pdf>>. Acesso em: 27 de março de 2018.

CARVALHO, Marilei Bressani de; MATSUMOTO, Leopoldo Sussumu. **Gravidez na adolescência e a evasão escolar: escola Estadual Sagrada Família**. Universidade Estadual do Norte do Paraná, Campus Luiz Meneghel, Siqueira Campos, 2009. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/76098294/GRAVIDEZ-NA-ADOLESCENCIA-E-EVASAO-ESCOLAR-marilei-bressani>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

CARVALHO, Rafiza Luziani Varão Ribeiro. **Harold Lasswell e o Campo da Comunicação**. Tese (Doutorado em Comunicação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Comunicação, Programa de Pós-graduação (PPG/FAC), Brasília, out. 2012. 244 p.

CHO, Hyunyi; SALMON, Charles T. Unintended Effects of Health Communication Campaigns. **JF - Journal of Communication**. Oxford, v. 57., n. 2, p. 293-317, jun. 2007.

DADOORIAN, Diana. **Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DADOORIAN, Diana. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 3, p. 84-91, 2003.

DIAS, Ana Cristina Garcia; GOMES, William B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. **Estudos de Psicologia**, n. 4, v. 1, p. 79-106, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n1/a06v04n1.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

DIAS, Ana Cristina Garcia; OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, William B. A experiência de ser gestante adolescente. **Revista de Ginecologia & Obstetrícia**, São Paulo, n. 8, v. 3, p. 161-167, 1997.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de novembro 2016.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jun. 2018.

FAUSTO-NETO, A. O indivíduo apesar dos outros: modos de descrever, modos de construir o mundo da recepção. In: SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE IEC, Brasília, 1999. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p. 1-15.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, n. 63, v. 4, p. 567-573, jul-ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maísa Tavares Souza. **Modelos aplicados às atividades de educação em saúde.** **REBEN**, Brasília, n. 63, v. 1, p. 117-121, jan.-fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

FIGUEIRÓ, A. C. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, n. 2, v. 3, p. 291-302, 2002.

GALERANI, Gilceana Soares Moreira. O desafio da avaliação de resultados em comunicação organizacional. **Revista Organicom**, São Paulo, n. 2, 1º sem. 2005, p. 149-165. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/departam/crp/cursos/posgrad/gestcorp/organicom/re_vista%202/gilceanasoares.pdf> Acesso em: 17 fev. 2017.

GODINHO, R. A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, n. 2, v. 8, p. 25-32, abr. 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12414>. Acesso em: 15 abr. 2017.

GRAVIDEZ na adolescência tem queda de 17% no Brasil. **Portal Saúde**, Local, 10 maio 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>. Acesso em: 10 maio 2017.

GRAVIDEZ na adolescência diminui mas ainda são mais de 20 mil partos por dia. **Portal IG**, Editoria Saúde, out. 2013. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/minhasaude/2013-10-30/gravidez-na-adolescencia-diminui-mas-ainda-sao-mais-de-20-mil-partos-por-dia.html>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (Orgs.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz. 2006. p. 30-58.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

71832002000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2016.

HORNIK, Robert C. **Public health communication: making sense of contradictory evidence public in: health communication - evidence for behavior change.** LEA's Communication Series (Lawrence Erlbaum Associates, Publishers), 2002 Mahwah, New Jersey London; University of Pennsylvania. p. 1, 147-162, 197-218, 219-250, 385. 2001.

HORNIK, Robert; YANOVITZKY, Itzhak. Using Theory to Design Evaluations of Communication Campaigns: The Case of the National Youth Anti-Drug Media Campaign. **Commun Theory**, v. 13, n. 2 p. 204-224, May, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015.** Rio de Janeiro, 2015, 137 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

INSTITUTE ALAN GUTTMACHER. **Aborto clandestino: uma realidade latino-americana.** Nova Iorque: Alan Guttmacher Institute, 1994.

JAGER, Márcia Elisa et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200005>. Acesso em: 10 jul. 2017.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas.** 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1997.

KUNSCH, Margarida Maria Krohling (org). **Obtendo resultados em relações públicas.** São Paulo: Pioneira, 1997.

LASSWELL, Harold. The structure and function of communications in society. In: BRYSON, L. (Org.). **The communications of ideas.** Nova Iorque: Editora Harper, 1948.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1179-1186, 2013.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MÃES adolescentes preocupam no município. **Rio Como Vamos**, Rio de Janeiro, 8 maio 2015. Disponível em: <<http://riocomovamos.org.br/site/noticias/2015/05/maes-adolescentes-preocupam-no-municipio/>>. Acesso em: 5 de novembro de 2016.

MAGRI, KELI. Educação é a chave para prevenir a gravidez na adolescência. Notícias do

Dia, Florianópolis, 10 nov. 2013. Disponível em: <<https://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/de-repente-maes-ou-adolescencia-interrompida>>. Acesso em: jun. 2018.

MASSARANI, Luisa. Comunicação da ciência e apropriação social da ciência: algumas reflexões sobre o caso do Brasil. **Revista Uni-pluri/versidad**, Medellin, v. 12, n. 3, 2012.

MCCOMBS, Maxwell; SHAW, Donald. The agenda-setting function of mass media. **Public Opinion Quarterly**, University of North Carolina, v. 36, n. 2, p. 176-182, summer 1972.

MOHR A.; SCHALL V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 199-203, 1992.

MOURA, B. et al. Gravidez na adolescência: fatores associados e resultados perinatais em uma Maternidade-Escola do Rio de Janeiro. **Adolescente Saúde**, Local, v. 8, n. 1, p. 15-20, 2011. Disponível em: <http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=260>. Acesso em: 20 abr. 2017.

NEVES FILHO, Almir de Castro et al. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação? **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 489-494, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2017.

NOGUEIRA, Maria José; MODENA, Celina Maria; SCHALL, Virginia Torres. Materiais educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e algumas considerações. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 3, n. 4, Supl. dez. 2009. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/727>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

NUTBEAM, Don. A alfabetização em saúde como um objetivo de saúde pública: um desafio para a educação em saúde contemporânea e estratégias de comunicação no século XXI **Health Promotion International**, v. 15, n. 3, p. 259-267, set. 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cad. CEDES**, Campinas, n. 45, v. 19, jul. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32621998000200004>. Acesso em: 10 nov. 2017.

OLIVEIRA, Régia Cristina. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde Soc**. São Paulo, n. 4, v. 17, p. 93-102, 2008.

PATIAS, D. Naiana et al. Construção histórico-social da adolescência: implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí,

n. 20, 2011.

PIGNATARI, Décio. **Informação, linguagem, comunicação**. 3. ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

PLEASANT, A.; KURUVILLA, S. A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. **Health Promotion International**, Londres, v. 23, n. 2, p. 152-159, 2008.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2013. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/12902-asi-sintese-dos-indicadores-sociais-traz-um-retrato-do-brasil-em-2003.html>>. Acesso em: 9 de out. 2017.

PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER. Relatório 2006. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade_sexual.php>. Acesso em: 9 de out. 2017.

POLISTCHUK, Ilana. **Campanhas de saúde pela televisão: a campanha de AIDS da TV Globo**. Rio de Janeiro: UFRJ/ECO. xii, 130p. il, 1999.

RATZAN, Scott C.; PARKER, R. M. **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary**. Roundtable on Health Literacy; Board on Population Health and Public Health Practice; Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US); 2013 Jul 10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202442/> Acessado em 06 de junho 2017.

RATZAN, Scott C. Health literacy: communication for the public good. **Health Promotion International**, n. 2, v. 16, p. 207-214, June 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>>. Acesso em: 30 out. 2017.

RANGEL, Débora Luiza de Oliveira; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. A Representação Social das Adolescentes sobre a gravidez nesta etapa de vida. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 12, p. 780-88, dez. 2008.

REIS, J. A. Divulgação científica e o ensino. **Ciência e Cultura**, São Paulo, n. 4, v. 16, p. 353, 1964,

RIBEIRO, Fernanda Nunes et al. Gravidez na adolescência: fatores precursores e riscos associados. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Campina Grande/PB, 18 a 20 de set. 2014. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/Modalidade_1datahora_14_08_2014_13_09_17_idinscrito_4817_f806aa580be0b7cecc7f8f6cc909174b.pdf>. Acesso em: 10

maio 2017.

INSTITUTO DA INFÂNCIA. Rede Nacional da Primeira Infância. **Primeira Infância e Gravidez na Adolescência**. Fortaleza, 2007. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

RODRIGUES, Karla Meneses. **Análise das estratégias de informação e educação sobre alimentação e nutrição produzidas no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no período de 1999 a 2010**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 15 jun. 2010a. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/2566/1/ENSP_Tese_Costa_Karla_Meneses_Rodrigues_Peres.pdf>. Acesso em: 22 maio 2017.

RODRIGUES, Rosa Maria. Contracepção e Gravidez na Adolescência – Mesa Redonda. **Nascer e Crescer**, Porto, n. 3, v. 19, set. 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300021>. Acesso em: 30 maio 2017.

SANTOS, Adriana Kelly; MONTEIRO, Simone; ROZEMBERG, Brani. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 25, p. 857-867, abr. 2009.

SANTOS, Cristiane Albuquerque C.; NOGUEIRA, Kátia Telles. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 6, p. 48-56, abr. 2009. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=42&nomeArquivo=v6n1a11.pdf>. Acesso em: mar. 2017.

SANTOS, Mipo; PORTELLA, M. R. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Rev Bras Enferm* [online], n. 1, v. 68, p. 144-152, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100156&lng=pt&tlng=pt#B1>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SARACENI, Valéria; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S4-S6, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2017.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc.**

saúde coletiva, Rio de Janeiro, n. 5, v. 15, p. 2.539-2.550, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2017.

SILVA, D. V.; SALOMÃO, N. M. R. A maternidade na perspectiva de mães de adolescentes e avós maternas de bebês. **Estudos de Psicologia**, Campinas, n. 1, v. 8, p. 135-145, 2003.

SILVA, Enid Rocha Andrade da (Org.); OLIVEIRA, Raissa Menezes de. **Dimensões da experiência juvenil brasileira e novos desafios às políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2016. cap. 10, p. 297.

SILVA, Mariza Vieira da. **História da alfabetização no Brasil**: a constituição de sentidos e do sujeito da escolarização. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível em: <<http://www.ucb.br/sites/100/165/TeseseDissertacoes/HistoriadaalfabetizacaonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

SNYDER, Leslie B. Health Communication Campaigns and Their Impact on Behavior. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, Connecticut, n. 2, v. 39, Suppl., p. S32-S40, MARC-APR., 2007.

SOUSA, Leilane Barbosa de; FERNANDES, Janaína Franscisca Pinto; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, n. 4, v. 19, p. 408-413, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SOUZA, Maria de Fatima Marinho de. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n. 1, v. 17, p. 5-6, mar. 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2016.

SOUZA, Vera Lúcia Costa et al. O aborto entre adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], n. 2, vol. 9, p. 42-47, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2016.

SUPLICY, Marta et al. **Guia de orientação sexual**: diretrizes e metodologia. 10. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TABORDA, Joseane Adriana et al. **Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas**. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, n. 1, v. 22, p. 16-24, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00016.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

TAKIUTI, A. D. A saúde da mulher adolescente-1993. In: MADEIRA, F. R. **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 213-290.

UNICEF; PLAN INTERNATIONAL. **Vivências e relatos sobre a gravidez em adolescentes.** Uma aproximação aos fatores culturais, sociais e emocionais a partir de um estudo em seis países da região. Relatório final. 2014, Panamá.

UNFPA. **Relatório Fecundidade e Maternidade Adolescente no Cone Sul: Anotações para a Construção de uma Agenda Comum.** Escritório Regional da América Latina e do Caribe (UNFPA/Lacro), 2016. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/fecundidade_maternidade_adolescente_conesul.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

WAKEFIELD, Melanie A.; LOKEN, Barbara; HORNIK, Robert C. Use of mass media campaigns to change health behaviour. **Lancet**, v. 376, p. 1261-1271, out. 2010.

WILSON, Barbara J. Designing Media Messages about health and nutrition: what strategies are most effective? **Journal of Nutrition Education and Behavior**, Indianapolis/USA, n. 2S, v. 39, mar-abr. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneve: WHO; 1986.

WHO 1986. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde/Fiocruz. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986, p. 11-18.

WHO 1988. Declaração de Adelaide. In: BRASIL. Ministério da Saúde/Fiocruz. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1991, p. 19-30.

WHO 1991. Declaração de Sundsvall. In: BRASIL. Ministério da Saúde/Fiocruz. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1988, p. 31-40.

WYNNE, Brian. Public understanding of science. In: JASSANOFF, S. G. et al. **Handbook of Science and Technology Studies.** Thousand Oaks: Sage, 1995, p. 361-388, cap. 17.

ZARCADOOLAS, Christina; GREER, David S.; PLEASANT, Andrew. **Health Promotion International**, v. 20, n. 2, p. 196-197, 2006. Oxford University Press. Advance access publication.

ZARCADOOLAS, CHRISTINA. **The simplicity complex: exploring simplified health messages in a complex world.** Department of Preventive Medicine, Health and Environmental Literacy Initiative, Mount Sinai School of Medicine, New York, USA, 1-10,

2010.

ZARCADOOLAS, Christina; PLEASANT, Andrew; GREER, David S. Elaborating a Definition of Health Literacy: A Commentary. **Journal of Health Communication: International Perspectives**, Londres, n. 8, Sup1., p. 119-120, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/713851982>>. Acesso em: 10 set. 2017.

ANEXO 1 MATRIZ ANALÍTICA DAS CAMPANHAS COM A ANÁLISE FEITA PELOS TRÊS PROFISSIONAIS AVALIADORES

Avaliador 1

Categoria	Itens a serem analisados	Material 1	Material 2	Material 3	Material 4
Forma/ Mídia	a. população a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conteúdo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. linguagem	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
Estrutura/ Formato	a. tamanho do material	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. tamanho do texto	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. qualidade do papel	Adequada	N/A	Adequada	Adequada
	d. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. citação de autores / colaboradores	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	f. definição de público a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
Conteúdo	a. correção das informações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada

	b. informações adequadas a população a que se destina	Adequadas	Adequadas	Adequadas	Adequadas
	c. definições conceituais	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Adequadas
	d. atualidade das referências	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada
	e. ausência de informações importantes	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada
	f. ênfase nas informações essenciais	Insuficiente	Adequada	Adequada	Adequada
Linguagem	a. compreensível pela população	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conceitos claros e objetivos	Adequados	Adequados	Adequados	Adequados
	c. informações enviesadas ou prejudiciais	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Adequadas
Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras	Adequadas	Adequadas	Inadequadas	Inadequadas
	b. layout atrativo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada

	d. pertinência das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. quantidade de ilustrações	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada

Avaliador 1 (continuação)

Categoria	Itens a serem analisados	Material 5	Material 6	Material 7	Material 8
Forma/ Mídia	a. população a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conteúdo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. linguagem	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
Estrutura/ Formato	a. tamanho do material	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	b. tamanho do texto	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. qualidade do papel	Adequada	Adequada	Adequada	N/A
	d. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. citação de autores / colaboradores	Adequada	Adequada	Adequada	N/A
	f. definição de público a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
Conteúdo	a. correção das informações	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada

	b. informações adequadas a população a que se destina	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Adequadas
	c. definições conceituais	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Adequadas
	d. atualidade das referências	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada
	e. ausência de informações importantes	Inadequada	Inadequada	Adequada	Inadequada
	f. ênfase nas informações essenciais	Insuficientes	Insuficientes	Inadequada	Inadequada
Linguagem	a. compreensível pela população	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conceitos claros e objetivos	Adequados	Adequados	Adequados	Inadequados
	c. informações enviesadas ou prejudiciais	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Inadequadas
Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Inadequadas
	b. layout atrativo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada

	d. pertinência das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. quantidade de ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada

Avaliador 2

Categoria	Itens a serem analisados	Material 1	Material 2	Material 3	Material 4
Forma/ Mídia	a. população a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conteúdo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. linguagem	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
Estrutura/ Formato	a. tamanho do material	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	b. tamanho do texto	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. qualidade do papel	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	d. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. citação de autores / colaboradores	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	f. definição de público a que se destina	Inadequada	Inadequada	Inadequada	Inadequada

Conteúdo	a. correção das informações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. informações adequadas a população a que se destina	Adequadas	Adequadas	Adequadas	Adequadas
	c. definições conceituais	Adequadas	Adequadas	Adequadas	Adequadas
	d. atualidade das referências	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. ausência de informações importantes	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	f. ênfase nas informações essenciais	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
Linguagem	a. compreensível pela população	Excessiva	Excessiva	Excessiva	Excessiva
	b. conceitos claros e objetivos	Excessivos	Excessivos	Excessivos	Excessivos
	c. informações enviesadas ou prejudiciais	Adequadas	Adequadas	Adequadas	Adequadas
Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras	Adequadas	Adequadas	Adequadas	Adequadas
	b. layout atrativo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado

	c. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	d. pertinência das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. quantidade de ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada

Avaliador 2 (continuação)

Categoria	Itens a serem analisados	Material 5	Material 6	Material 7	Material 8
Forma/ Mídia	a. população a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conteúdo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. linguagem	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
Estrutura/ Formato	a. tamanho do material	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	b. tamanho do texto	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. qualidade do papel	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	d. qualidade das ilustrações	Adequadas	Adequadas	Adequadas	Adequadas
	e. citação de autores / colaboradores	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	f. definição de público a que se destina	Adequada	Inadequada	Inadequada	Inadequada

Conteúdo	a. correção das informações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. informações adequadas a população a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	c. definições conceituais	Adequadas	Insuficientes	Insuficientes	Insuficientes
	d. atualidade das referências	Inadequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. ausência de informações importantes	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	f. ênfase nas informações essenciais	Adequada	Inadequada	Inadequada	Inadequada
Linguagem	a. compreensível pela população	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conceitos claros e objetivos	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	c. informações enviesadas ou prejudiciais	Adequadas	N/A	N/A	N/A
Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras	Adequadas	Adequadas	Adequadas	Adequadas
	b. layout atrativo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado

	c. qualidade das ilustrações	Adequada	Inadequada	Inadequada	Inadequada
	d. pertinência das ilustrações	Adequada	Adequadaa	Adequada	Adequada
	e. quantidade de ilustrações	Suficiente	Adequada	Adequada	Adequada

Avaliador 3

Categoria	Itens a serem analisados	Material 1	Material 2	Material 3	Material 4
Forma/ Mídia	a. população a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conteúdo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. linguagem	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
Estrutura/ Formato	a. tamanho do material	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	b. tamanho do texto	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. qualidade do papel	N/A	N/A	N/A	N/A
	d. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. citação de autores / colaboradores	N/A	N/A	N/A	N/A
	f. definição de público a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada

Conteúdo	a. correção das informações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. informações adequadas a população a que se destina	Adequadas	Adequadas	Adequadas	Adequadas
	c. definições conceituais	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Adequadas
	d. atualidade das referências	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada
	e. ausência de informações importantes	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada
	f. ênfase nas informações essenciais	Insuficiente	Adequada	Adequada	Adequada
Linguagem	a. compreensível pela população	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conceitos claros e objetivos	Adequados	Adequados	Adequados	Adequados
	c. informações enviesadas ou prejudiciais	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Adequadas
Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras	Adequadas	Adequadas	Inadequadas	Inadequadas
	b. layout atrativo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado

	c. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	d. pertinência das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. quantidade de ilustrações	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada

Avaliador 3 (continuação)

Categoria	Itens a serem analisados	Material 5	Material 6	Material 7	Material 8
Forma/ Mídia	a. população a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conteúdo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. linguagem	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
Estrutura/ Formato	a. tamanho do material	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	b. tamanho do texto	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. qualidade do papel	N/A	N/A	N/A	N/A
	d. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. citação de autores / colaboradores	N/A	N/A	N/A	N/A
	f. definição de público a que se destina	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada

Conteúdo	a. correção das informações	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada
	b. informações adequadas a população a que se destina	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Adequadas
	c. definições conceituais	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Adequadas
	d. atualidade das referências	Inadequada	Inadequada	Adequada	Adequada
	e. ausência de informações importantes	Inadequada	Inadequada	Adequada	Inadequada
	f. ênfase nas informações essenciais	Insuficientes	Insuficientes	Adequada	Inadequada
Linguagem	a. compreensível pela população	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	b. conceitos claros e objetivos	Adequados	Adequados	Adequados	Inadequados
	c. informações enviesadas ou prejudiciais	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Inadequadas
Ilustrações	a. ilustrações esclarecedoras	Inadequadas	Inadequadas	Adequadas	Inadequadas

	b. layout atrativo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
	c. qualidade das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	d. pertinência das ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada
	e. quantidade de ilustrações	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada

ANEXO 2 MATERIAIS DAS CAMPANHAS ANALISADAS

Seguem os materiais das campanhas analisadas, na ordem em que foram abordados nesta dissertação.

CAMPANHA 1 - Se Cuida, Gravidez tem Hora! (2007)

Material 1 - Cartaz



Fonte: Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do RJ (2007).

Material 2 - Audiovisual



Fonte: Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do RJ (2007).

CAMPANHA 2 - Saúde do Adolescente e do Jovem (2009)**Material 3 - Caderneta de Saúde do Adolescente****Material 4 - Caderneta de Saúde da Adolescente**

Fonte: Ministério da Saúde.

CAMPANHA 3 - Gravidez na Adolescência: é a melhor hora? (2010)

Material 5A - Folder

**CONHEÇA OS
PRINCIPAIS
MÉTODOS PARA
EVITAR UMA GRAVIDEZ
NÃO PLANEJADA**

Preservativo

Conhecido como camisinha, é o único método que oferece dupla proteção, previne a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

Pílula Anticoncepcional

Para o uso da pílula, é preciso consultar um ginecologista. A pílula precisa ser tomada regularmente e não somente no dia da relação.

E LEMBRE-SE: ela não protege das doenças sexuais, então, **use sempre camisinha.**

Para conhecer outros métodos anticoncepcionais, procure um médico.

Todo adolescente e jovem têm direito a ter acesso a informações e educação em saúde sexual e reprodutiva e a métodos para evitar gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis.

Ministério da Saúde

**Em caso de gravidez
ou suspeita ligue:
19 3404.9683**
Secretaria Municipal da Saúde

ABORTO É CRIME!

Dúvidas? Escreva pra gente:
melhorhora@ceprosom.com.br
www.twitter.com/melhorhora







CONSELHO MUNICIPAL
DOS DIREITOS DA MULHER

GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA

É A MELHOR HORA?



Material 5B – Folder (verso)

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
PODE INTERROMPER SONHOS,
OS ESTUDOS E OUTROS
PROJETOS DE VIDA.
PREVINA-SE!

"Quando eu tinha 14 anos, conheci um cara na balada e engravidei. Eu sabia dos riscos da gravidez, mas não me preveni. Se pudesse voltar atrás eu faria tudo diferente, porque minha vida mudou muito com a chegada da minha filha. Antes eu saía com as amigas, ia para o shopping e, depois da gravidez, perdi muitas amizades e quase não saí de casa. Voltei a estudar depois de um ano e, hoje sonho em concluir meus estudos, ter um marido trabalhador que possa ser um pai para a minha filha e que ela seja uma boa moça."

Mariana (nome fictício), 16 anos
Limeira / SP

"Tenho 16 anos e desde os 12 participo dos projetos sociais do Ceprosom. Atualmente estou no Programa de Educação para o Trabalho, sou menor aprendiz em uma rede de supermercados e curso o 2º ano do Ensino Médio à noite. Sou comunicativa e meus projetos são: cursar Administração de Empresas, conquistar um bom emprego nessa área e constituir família. Acho que a adolescência não é o momento certo para ter um filho, pois os sonhos e projetos de vida podem ser prejudicados com a chegada de uma criança."

Júlia (nome fictício), 16 anos
Limeira / SP

"Tenho 17 anos e minha filha tem sete meses. É uma responsabilidade muito grande ser pai nessa idade, porque não posso mais ser adolescente, agora tenho que pensar como adulto. Antes eu tinha mais liberdade, saía bastante com meus amigos, mas agora minha consciência não deixa e o pouco dinheiro que entra é para o sustento dela. Namorei por três anos com a mãe da minha filha, mas depois do nascimento o relacionamento mudou. Agora não somos mais namorados, mas estamos tentando reconstruir o relacionamento aos poucos."

Leonardo (nome fictício), 17 anos
Limeira / SP

O DIA-A-DIA DO ADOLESCENTE
SEM FILHO

- Ir à escola
- Colocar o papo em dia com a turma
- Tirar um cochilo
- Reunir-se com os amigos para fazer o trabalho da escola
- Navegar na internet
- Estudar
- Namorar
- Praticar esportes
- Dar uma volta no shopping
- Comer um lanche com os amigos
- Assistir um filme
- Paquerar
- Churrasco com a família
- Tuitar
- Ir ao inglês



A ROTINA DO ADOLESCENTE
COM FILHO

- Trocar fralda
- Alimentar
- Colocar o bebê para arrotar
- Dar banho
- Colocar o bebê para dormir
- ATENÇÃO:** Dia de vacina!
- Preparar a papinha
- ATENÇÃO:** Bebê chorando!
- Alimentar
- Colocar o bebê para arrotar
- Trocar a fralda
- Dar banho
- Levar ao pediatra
- Colocar o bebê para dormir
- ATENÇÃO:** Comer fraldas!
- ATENÇÃO:** Bebê chorando!
- Alimentar
- Colocar o bebê para arrotar
- Trocar fralda
- Colocar o bebê para dormir
- ATENÇÃO ACORDE:** Bebê chorando!



Material 6 - Cartaz

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

É A MELHOR HORA?

Gravidez na adolescência pode interromper sonhos, os estudos e outros projetos de vida.

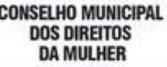
Previna-se!

Dúvidas? Escreva pra gente:
melhorhora@ceprosom.com.br
[www.twitter.com/melhorhora](https://twitter.com/melhorhora)

Em caso de gravidez ou suspeita ligue:
(19) 3404.9683
 Secretaria Municipal da Saúde







Fonte: SMS Limeira e CEPROSOM Limeira/SP.

CAMPANHA 5 - Gravidez na Adolescência (2017)

Material 8 - Hotsite

The image shows a screenshot of a website banner. At the top, there is a dark blue header with the logo of the Government of Rio de Janeiro and the slogan 'PERTO DE VOCÊ'. To the right of the logo, there are links for 'secretaria', 'informação em saúde', 'extranet', 'transparência', and 'resultado de exames'. Below the header, there is a white navigation bar with a 'MENU' button on the left, the 'CONEXÃO SAÚDE RJ' logo in the center, and a search bar on the right with a magnifying glass icon. Below the navigation bar, there is a breadcrumb trail: 'home • gravidez na adolescência'. The main content area features a large title 'GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA' in bold, dark blue letters. Below the title, there are two images. The left image shows a close-up of a young woman's face, holding a blister pack of pills in her mouth. The text 'QUAIS SÃO OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS MAIS INDICADOS?' is overlaid on this image. The right image shows a close-up of two pairs of feet, one adult and one child, standing on a wooden floor. The text 'SEXUALIDADE: DESCOBRIR, EXPERIMENTAR E VIVER' is overlaid on this image. There are small navigation arrows on the left and right sides of the images.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

QUAIS SÃO OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS MAIS INDICADOS?

SEXUALIDADE: DESCOBRIR, EXPERIMENTAR E VIVER

Fonte: SES Rio de Janeiro.