

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE COMUNICAÇÃO E BIBLIOTECONOMIA
JULIANA LUIZA DE OLIVEIRA

SER MENINA E SER MÃE:

UM ESTUDO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DA SAÚDE
PÚBLICA GOIANIENSE VOLTADAS PARA A PREVENÇÃO DA
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Goiânia

2005

JULIANA LUIZA DE OLIVEIRA

SER MENINA E SER MÃE:

UM ESTUDO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DA SAÚDE
PÚBLICA GOIANIENSE VOLTADAS PARA A PREVENÇÃO DA
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Monografia apresentada ao Curso de Comunicação Social – Habilitação em Jornalismo da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Bacharel em Jornalismo.

Área de Concentração: Comunicação e Saúde

Orientadora: Silvana Coleta Santos Pereira

Goiânia

2005

JULIANA LUIZA DE OLIVEIRA

SER MENINA E SER MÃE:

UM ESTUDO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DA SAÚDE
PÚBLICA GOIANIENSE VOLTADAS PARA A PREVENÇÃO DA
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso defendido no Curso de Graduação em Comunicação Social –
Habilitação em Jornalismo da Universidade Federal de Goiás, para a obtenção do título de
Bacharel em Jornalismo, aprovada em _____ de _____ de _____, pela Banca
Examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Ms. Silvana Coleta Santos Pereira

Prof. Dr. Juarez Ferraz Maia

À minha família, pelo respeito e
confiança em uma borboleta que sempre quis voar
mais alto.

AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora desta monografia, Silvana Coleta Santos Pereira, pela confiança e dedicação.

Ao professor Juarez Maia pelas colaborações, sempre acompanhadas de ternura e de boa vontade.

À equipe do Necasa, em especial à enfermeira Antônia, que gentilmente cedeu o espaço do Hospital das Clínicas para o desenvolvimento deste trabalho.

Às adolescentes e a todos os profissionais que contribuíram com informações na elaboração da monografia.

Aos meus amigos e ao meu namorado, pela compreensão e incentivo.

RESUMO

O presente trabalho analisa qualitativamente o que foi desenvolvido nos primeiros oito meses de 2005 na área de Comunicação na saúde pública do município de Goiânia, tomando como objeto empírico a gravidez na adolescência, tema já bastante discutido, mas ainda considerado “tabu” na cultura brasileira. Para melhor discorrer sobre o assunto, que tem base bibliográfica, aplicou-se uma pesquisa exploratória de campo com adolescentes grávidas e com assessores de imprensa das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Discutiu-se também as estratégias de comunicação na perspectiva da hipótese do agendamento midiático, com o objetivo de problematizar o fato de que, embora haja informações divulgadas nos meios de comunicação sobre métodos contraceptivos, elas não garantem a diminuição da vulnerabilidade de gravidez entre adolescentes. Constata-se que as estratégias específicas para esta categoria social não estão bem delineadas e, portanto, não têm atingido seus objetivos. Além disso, grande parte das informações que são veiculadas pelos meios de comunicação de massa aborda o assunto de forma superficial e sazonal, falha detectada inclusive pelas adolescentes. Portanto, apesar de o assunto ter sido agendado na mídia, as ações fracassaram no sentido de promover uma conscientização e conseqüente mudança de comportamento. Outro elemento complicador é a existência de um paradoxo entre a responsabilidade do Executivo e da imprensa em relação ao tema: enquanto o primeiro tenta agendar a temática na mídia, poucos programas têm uma abordagem educativa do assunto, uma vez que o sexo está sendo cada vez mais banalizado, especialmente na TV. Diante desse quadro, sugere-se algumas ações que podem ser desenvolvidas no âmbito local, considerando as especificidades do município. Pretende-se, assim, colaborar no enfrentamento do problema, partindo do princípio de que a Comunicação tem papel fundamental como mobilizadora na mudança de hábitos. Além disso, na atuação em atividades de Comunicação, há uma demanda cada vez maior de profissionais com atuação mais política e estratégica, que utilizem esse campo como insumo na tomada de decisões das instituições, sejam elas públicas ou privadas.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, estratégia de comunicação, saúde pública.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição populacional na faixa etária de 0 a 39 anos segundo os Distritos Sanitários.....	12
Tabela 2	Percentual de mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores ao Censo Demográfico 1991 em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária.....	15
Tabela 3	Percentual de mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores ao Censo Demográfico 2000 em relação ao total de mulheres da mesma faixa etária.....	16
Tabela 4	Brasil – Mães por primeira vez (de 10 a 14 anos de idade por classes de rendimento mensal familiar segundo os grupos de estudo) – 2000.....	17
Tabela 5	Brasil – Mães por primeira vez (de 15 a 19 anos de idade por classes de rendimento mensal familiar segundo os grupos de estudo) – 2000.....	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Andi	Agência de Notícias dos Direitos da Infância
Ascom	Assessoria de Comunicação
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DS	Distrito Sanitário
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Necasa	Núcleo de Estudos e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente
ONG	Organização Não-Governamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

RESUMO	5
LISTA DE TABELAS	6
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISITANDO O TEMA: ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ	
2.1 Adolescência.....	11
2.2 Comportamento Sexual – Início das relações sexuais.....	12
2.3 Gravidez na Adolescência.....	13
2.4 Informações sobre métodos contraceptivos.....	17
3 ATENÇÃO DO PODER PÚBLICO COM A SAÚDE DOS ADOLESCENTES	20
4 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NA PERSPECTIVA DA HIPÓTESE DO AGENDAMENTO	22
5 A COMUNICAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA, A RELAÇÃO COM A MÍDIA E COM O TERCEIRO SETOR	25
6 METODOLOGIA E ANÁLISE DE DADOS	27
6.1 Discutindo a gravidez com as adolescentes.....	28
6.2 Discutindo a Comunicação da Saúde Pública Goianiense.....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1-INTRODUÇÃO

Muito se tem estudado sobre a gravidez na adolescência. No entanto, a maioria dos estudos são artigos científicos publicados em revistas especializadas, destinadas a um público específico e restrito: profissionais da saúde. Apesar disso, ao se discutir a tematização social da juventude no Brasil, destaca-se o crescimento de estudos desenvolvidos nas universidades nos campos da Sociologia, Psicologia, Pedagogia e Antropologia.

Enquanto poucas publicações apresentam uma abordagem global sobre o assunto, o número de adolescentes grávidas aumenta consideravelmente. É preocupante a quantidade de meninas que engravidam antes mesmo de o corpo estar totalmente preparado para gerar um bebê. No Brasil, elas já somam cerca de 60 mil ao ano. São 164 engravidando por dia, seis por hora (O Popular, 2005).

Apesar deste cenário, as pesquisas apontam que em geral a juventude tem conhecimento dos métodos contraceptivos, o que indicaria que o problema não ocorre por falta de informação. Mas conhecer os métodos não foi, até o momento, suficiente para garantir a prevenção da gravidez. Mesmo que amplamente discutida, ela é até hoje tratada como “tabu” em muitas famílias. Os meios de comunicação de massa, de certa forma, têm focado o assunto, mas nem sempre de modo a provocar uma conscientização ou uma mudança de comportamento. Muitas vezes ocorre justamente o oposto, por exemplo, nas telenovelas, onde o tema favorece um despertar para a sexualidade devido à constante erotização do corpo feminino e cenas implícitas de sexo.

Nacionalmente, observa-se que, no âmbito da Comunicação, o Executivo tem atuado basicamente como divulgador de campanhas de utilidade pública na mídia, que por sua vez abordam a questão de forma superficial e pouco contribuem para que os adolescentes reflitam sobre o assunto. Parte deste problema, segundo alguns autores, deve-se à inexistência de uma Política Pública de Comunicação Social no Brasil. Em geral, o Governo Federal tem adotado o costume de apostar a maior parte dos seus recursos e criatividade em campanhas publicitárias pagas, fazendo do Estado brasileiro um grande anunciante, mesmo sendo este Estado o poder concedente de canais de rádio e televisão.

Supõe-se que o panorama não seja diferente no âmbito local, uma vez que é recente a preocupação com a saúde dos adolescentes no Brasil. Alguns destes “problemas de comunicação” mencionados já começam a ser sentidos por profissionais da saúde goianos. Em declaração a um jornal local sobre o aumento do número de adolescentes grávidas no Estado, o coordenador do Núcleo de Estudo e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente (Necasa), Roque Gomide, afirmou que “essas meninas estão iniciando a vida sexual cada vez mais cedo e sem nenhum cuidado, apesar de todas as informações veiculadas sobre gravidez e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids”. A responsável pela assistência ao adolescente da Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde de Goiás, Tânia Coimbra, declarou na mesma reportagem que “está havendo uma falha de informação. As ações adotadas no sentido de orientar essas adolescentes não estão dando resultados” (O Popular, 2003).

Esse trabalho tem, portanto, o objetivo de identificar as estratégias de comunicação da saúde pública de Goiânia voltadas a essa temática e investigar por que as informações veiculadas na mídia sobre a gravidez na adolescência e sobre os métodos contraceptivos não garantem a diminuição desses déficits. Para tal, utilizam-se como técnicas de coleta de dados a entrevista, nas Assessorias de Comunicação (Ascom) das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, e o grupo focal, com adolescentes grávidas.

Destacam-se, na elaboração deste trabalho, os seguintes estudos: “Juventudes e Sexualidade”, da Unesco, “Perfil Socioeconômico da Maternidade nos Extremos do Período Reprodutivo”, do IBGE, e o Dossiê “Adolescentes Saúde Sexual Saúde Reprodutiva: políticas públicas em saúde sexual e saúde reprodutiva para os adolescentes constituem tarefas cada vez mais necessárias e urgentes”, da Rede Feminista de Saúde.

2-REVISITANDO O TEMA: ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ

2.1– Adolescência

A Adolescência é um período da vida humana que se caracteriza por profundas transformações biológicas e psicossociais. Para Guimarães e Colli (1998), as transformações biológicas são o grande crescimento físico e a maturação sexual. As psicossociais são, fundamentalmente, as que levam o indivíduo à conquista da própria identidade, que inclui a identidade sexual e, ao mesmo tempo, o despreendimento do núcleo familiar. As pesquisadoras afirmam que os fenômenos biológicos que correspondem à puberdade são universais, no entanto, os aspectos psicossociais correspondem a motivações internas e sua expressão depende do modo como a sociedade está organizada e de seus problemas correspondentes. Sendo assim, a adolescência e os fenômenos sociais relacionados a ela apresentam-se de forma diferente nas diversas sociedades e nos vários momentos históricos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia.

Segundo Ariés (1981 apud GUIMARÃES, E.; ALVES; VIEIRA, 2004, p.29), “a adolescência como categoria social é uma invenção da modernidade. Assim, somente a partir do século XX ela passou a ser estudada em seus múltiplos aspectos”. A biologia divide a chamada juventude em duas fases: a pré-adolescência (de 10 a 14 anos) e a adolescência (de 15 a 19 anos). Do ponto de vista sociológico, a juventude começa aos 15 e termina aos 24 anos. A OMS

considera como adolescência o período de 10 a 20 anos, e distingue a adolescência inicial (10 a 14 anos) e a adolescência final (15 a 20 anos).

De acordo com dados apresentados no Plano Municipal de Saúde da gestão 2001-2004, Goiânia é caracterizada como uma cidade de jovens: 68,4% da população possuem menos de 34 anos. Esta é constituída por 17,8% de crianças (0 a 9 anos), 21,3% de adolescentes (10 a 19 anos) e 29,3% de adultos jovens (20 a 34 anos). Ao considerar as várias faixas etárias isoladamente, há predominância no agrupamento dos 15 aos 19 anos, que representam 11,21% da população. A tabela 1, a seguir, apresenta a distribuição da população goianiense, por faixa etária, nos Distritos Sanitários (DS) de Goiânia.

TABELA 1: Distribuição populacional na faixa etária de 0 a 39 anos segundo os Distritos Sanitários ¹. Goiânia, 2000.

Distrito Sanitário	Faixa Etária %	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39
		8,73	9,13	10,06	11,21	10,85	9,56	8,86	7,57
Central	243.860	21.289	22.264	24.532	27.337	26.459	23.313	21.606	18.460
Leste	102.805	8.975	9.386	10.342	11.524	11.154	9.828	9.109	7.782
Sul	122.585	10.702	11.192	12.332	13.742	13.300	11.719	10.861	9.280
Sudoeste	139.437	12.173	12.731	14.027	15.631	15.129	13.330	12.354	10.555
Oeste	116.635	10.182	10.649	11.733	13.075	12.655	11.150	10.334	8.829
Mendanha	82.498	7.202	7.532	8.299	9.248	8.951	7.887	7.309	6.245
Noroeste	111.432	9.728	10.174	11.210	12.492	12.090	10.653	9.873	8.435
Meia Ponte	100.123	8.741	9.141	10.072	11.224	10.863	9.572	8.871	7.579
Norte	63.493	5.543	5.797	6.387	7.118	6.889	6.070	5.625	4.806
Zona Rural	6.261	547	572	630	702	679	599	555	474
Vila Rica	1.608	140	147	162	180	174	154	142	122
TOTAL	1.090.737	95.221	99.584	109.728	122.272	118.345	104.274	96.639	82.569

Fonte: Censo IBGE/ 2000.

2.2 – Comportamento Sexual - Início das relações sexuais

Nas últimas décadas, vários estudos demonstram que jovens de ambos os sexos iniciam relações sexuais mais cedo. Em 1996, os rapazes tinham a primeira relação sexual mais cedo do que as moças, sendo a idade mediana da primeira experiência sexual de 15 anos para os homens e de 16 anos para as mulheres. Dados mais recentes confirmam esse comportamento:

¹ Os Distritos Sanitários foram criados para a descentralização política, técnica e administrativa da capital goiana. A implantação ocorreu a partir de discussões e resoluções da III Conferência Municipal de Saúde em 1995 e a regulamentação pelo Decreto Municipal nº 656 de 20/04/1998 (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001).

segundo a Rede Feminista de Saúde (2004), em 2001/2002, 32,8% das (os) adolescentes brasileiras (os), entre 12 e 17 anos, já haviam tido relações sexuais, sendo que 61% eram rapazes e 39%, moças. De acordo com a instituição, a maior escolaridade retarda a iniciação sexual, tanto para eles quanto para as moças.

Um estudo realizado por pesquisadores da Unesco (2004) em 14 capitais brasileiras, entre elas, Goiânia, revela que mais da metade dos adolescentes do sexo masculino que cursam o ensino fundamental ou médio iniciaram-se sexualmente na faixa entre 10 e 14 anos. As jovens, em sua maioria, tiveram a primeira relação entre 15 e 19 anos.

Esse fenômeno é apontado por diversos autores como próprio da modernidade. Na década de 60, com o movimento de contracultura, os jovens começaram a questionar as políticas sociais vigentes e além disto, reivindicaram o direito ao livre exercício da sexualidade. Contrariando os rígidos padrões morais, a virgindade perdeu relativamente seu valor e a gravidez passou a ocorrer fora dos laços matrimoniais. Associados a esses fatores estão comportamentos típicos desses tempos, como o *ficar*, ou seja, estar com o outro, trocar carícias e, eventualmente, transar, sem a necessidade de firmar um compromisso de continuidade ou exclusividade. Os meios de comunicação freqüentemente são responsabilizados por esse processo, pois estimulam condutas e comportamentos que privilegiam o erotismo, o culto ao corpo, o individualismo, a busca do prazer físico e o sexo como uma mercadoria de consumo.

Apesar dessas influências, a vida sexual dos jovens tende a se caracterizar por contatos com apenas um parceiro, o que refuta a idéia de “promiscuidade” sexual. É o que aponta o levantamento da Unesco (op.cit.), que mostra ainda que a maioria recusa a perspectiva da existência do amor sem fidelidade, e mais de um terço de jovens escolarizados das capitais brasileiras acredita que seus parceiros (as) transam apenas com elas (es): “A associação entre amor e fidelidade no imaginário dos jovens é clara, sendo que, em média, na maioria das capitais, 80% deles recusam a perspectiva de que *pode existir amor sem fidelidade*” (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004, p.101; grifo do autor).

2.3 – Gravidez na adolescência

Segundo a OMS, a gravidez na adolescência é aquela que envolve a população até os 20 anos incompletos, que tem como parâmetro para adolescência a faixa etária entre os 10 e 19 anos. Conforme conhecimentos especializados, vem crescendo certa disputa quanto às perspectivas de abordagem sobre o tema, que, grosso modo, aludem a dois tipos de valorações: da problematização e relativista.

Pela abordagem da problematização, é comum ressaltar os riscos da gravidez para o que se espera ser o curso da vida do adolescente, como estudar, não trabalhar nem ter responsabilidades familiares, e para a constituição biopsicológica dos (as) envolvidos, especialmente as mulheres. Alguns autores que defendem esta abordagem costumam lamentar a perda da juventude pela ocorrência de tais fenômenos, considerados “precoces”.

Já a perspectiva relativista defende o cuidado com as generalizações, enfatizando o jogo de individualização e das diversidades de sentido e de experiência, trajetórias de vida de diferentes jovens, assim como os nexos entre reprodução e sistemas de poder entre gêneros. Adverte que ficar grávida ou ter filho pode se configurar como resistência ou consequência de relações sociais variadas, diversas situações vividas em tais sistemas. Considera-se, com tal perspectiva, os possíveis significados da gravidez para algumas jovens: idealizações sobre a maternidade e relações entre sexos, a diversidade possível de subjetividades variadas, as buscas criativas de comunicação e a socialização com e entre corpos.

Apesar dessas variações, de um modo geral, no discurso tanto de adultos como dos jovens a gravidez na adolescência é referida como extremamente negativa, é uma questão considerada fora de lugar no curso natural da vida. Essa negatividade é considerada principalmente pelas consequências atribuídas à gravidez: interrupções de trajetórias esperadas quanto ao estudo e à constituição de família; causa do abandono da escola - no caso de mulheres jovens – além de ter que assumir um trabalho em detrimento dos estudos e da constituição prematura de uma família.

Nesse grupo, a gravidez constitui situação de maior risco decorrente de complicações inerentes à gravidez na adolescência. Entre os problemas de saúde para a mulher estão hipertensão, maior incidência de eclâmpsias, infecções urinárias e anemias. Para Caramano (1998 apud CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, op.cit., 2004, p. 133), em 1987, “a taxa de mortalidade dos filhos de mulheres de 15 a 19 anos era de 42,5%, mais elevada do que a dos filhos de mulheres situadas em grupo de idade posterior”. Isso sem falar no ônus para os serviços de saúde,

pois o parto constitui a primeira causa de internação no sistema público de saúde em meninas na faixa etária de 10 a 14 anos. De todas as mulheres grávidas atendidas nos serviços públicos atualmente, 28% são adolescentes. Outro fator relacionado às internações é o aborto: segundo a OMS, na América do Sul ocorre o maior número de abortos clandestinos do mundo. A realização deles aparece como a quinta causa de internação hospitalar de mulheres do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo motivo de 9% dos óbitos maternos e de 25% dos casos de esterilidade por problemas tubários.

Mesmo assim, é preciso considerar que a gravidez só é precoce quando se passaram menos de dois anos da primeira menstruação. O termo gravidez indesejada é utilizado em casos de abuso sexual e uso inadequado dos métodos contraceptivos. A gravidez não planejada é aquela que ocorre sem intenção (MELO, 2005).

No Brasil, o tema gravidez na adolescência, passou a atrair a atenção dos profissionais de saúde há aproximadamente 20 anos (GUIMARÃES, E.; ALVES; VIEIRA, 2004). Essa atenção ocorreu principalmente devido ao aumento da fecundidade na adolescência, fenômeno oposto do que é verificado nas outras faixas etárias.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), de um modo geral, o número de mulheres que foram mães no Brasil tem mostrado um declínio desde a década de 1970. Os principais fatores intervenientes são as mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres, a crescente participação no mercado de trabalho e uma maior utilização de métodos contraceptivos, causando, cada vez mais, a diminuição no número de filhos. Por outro lado, a população de mulheres adolescentes tem mostrado uma fecundidade diferente dos outros grupos etários femininos.

Um estudo divulgado pelo IBGE (2005), aponta que, no Brasil, entre os anos de 1991 e 2000, foram constatados aumentos expressivos nos grupos de mães em idades precoces e jovens. Dentre as mães de 10 a 14 anos de idade, o incremento relativo no período analisado foi de 80,68%. Já entre adolescentes que se encontravam com idades entre 15 e 19 anos, o percentual de aumento foi de 38,56%, correspondendo saltar do patamar de 470.570 para 657.440 mulheres de 10 a 19 anos que deram à luz, respectivamente, em 1991 e 2000.

Comparando os dados do Censo Demográfico de 1991 e de 2000, percebem-se os aumentos nos percentuais de jovens mães, abaixo dos 20 anos de idade, em relação ao número de mulheres no mesmo grupo etário. É o que pode ser verificado nas tabelas 2 e 3 a seguir:

TABELA 2: Percentual de mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores ao Censo Demográfico 1991 em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária

Unidades da Federação	Mulheres que tiveram filhos nos 12 meses anteriores ao Censo Demográfico 1991 (%)							
	10 a 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	Total
Brasil	2,95	13,95	12,95	8,72	5,09	2,38	0,65	6,64
Rondônia	4,54	19,09	14,82	9,08	4,99	2,79	0,82	8,46
Acre	4,90	18,08	17,71	12,98	8,22	5,97	1,55	9,48
Amazonas	3,64	16,46	15,59	10,65	8,18	4,78	1,98	8,25
Roraima	5,23	16,64	16,62	10,44	7,72	4,52	1,49	9,37
Pará	4,10	18,86	16,63	11,65	8,32	4,50	1,57	8,96
Amapá	5,08	22,05	17,11	13,97	9,95	6,82	1,45	10,46
Tocantins	4,03	20,97	15,86	9,91	7,24	3,87	0,81	8,65
Maranhão	4,13	20,94	17,76	13,12	9,68	4,85	1,70	9,50
Piauí	2,87	16,84	16,13	11,38	7,51	4,55	1,14	7,82
Ceará	2,82	14,31	15,14	12,17	8,48	4,53	1,18	7,71
Rio Grande do Norte	3,18	14,73	13,66	9,09	6,86	3,57	0,94	7,26
Paraíba	2,76	15,94	14,82	11,14	8,40	4,21	1,05	7,58
Pernambuco	3,04	15,15	13,66	9,82	6,37	3,01	0,97	7,13
Alagoas	3,55	17,23	14,82	10,71	8,10	4,46	1,63	8,15
Sergipe	3,31	15,57	14,53	10,52	7,31	3,87	1,20	7,72
Bahia	2,44	14,18	13,63	10,01	6,75	3,75	1,14	6,76
Minas Gerais	2,39	13,43	13,26	9,19	5,16	2,38	0,59	6,49
Espírito Santo	2,84	14,55	13,13	8,02	4,35	1,90	0,57	6,61
Rio de Janeiro	2,49	10,88	10,68	6,81	3,34	1,16	0,25	5,17
São Paulo	2,59	11,63	11,44	7,15	3,51	1,28	0,27	5,59
Paraná	3,18	14,00	13,16	8,32	4,44	1,94	0,47	6,69
Santa Catarina	3,11	13,73	12,88	8,99	4,71	1,92	0,59	6,78
Rio Grande do Sul	2,77	11,68	11,72	9,05	4,97	2,01	0,37	6,10
Mato Grosso do Sul	3,90	16,64	13,70	7,76	3,99	1,35	0,68	7,28
Mato Grosso	4,41	18,14	12,90	7,65	4,23	2,27	0,84	7,73
Goiás	3,00	16,36	11,35	5,74	2,62	1,43	0,44	6,52
Distrito Federal	2,59	11,89	12,35	8,16	3,40	1,79	0,36	6,13

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991.

TABELA 3: Percentual de mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores ao Censo Demográfico 2000 em relação ao total de mulheres da mesma faixa etária

Unidades da Federação	Mulheres que tiveram filhos nos 12 meses anteriores ao Censo Demográfico 2000 (%)							
	10 a 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	Total
<i>Brasil</i>	3,76	12,42	10,70	7,15	3,95	1,38	0,27	5,81
Rondônia	5,02	15,78	11,76	5,86	2,88	0,98	0,33	6,80
Acre	6,60	17,88	14,49	9,05	5,66	2,93	0,63	9,00
Amazonas	5,78	17,98	13,72	9,39	5,42	2,09	0,71	8,62
Roraima	5,55	17,43	13,44	7,94	4,76	1,40	0,28	8,05
Pará	5,42	17,40	12,43	7,29	4,44	2,20	0,51	7,76
Amapá	5,47	17,04	14,24	9,95	6,54	2,70	0,41	8,70
Tocantins	5,27	16,66	11,48	6,15	3,66	1,21	0,39	7,13
Maranhão	5,51	19,05	12,54	7,24	4,58	2,14	0,55	7,88
Piauí	4,00	15,09	11,47	6,29	3,58	1,58	0,44	6,30
Ceará	3,58	13,28	12,04	8,48	5,71	2,25	0,49	6,50
Rio Grande do Norte	3,92	13,03	11,31	6,96	3,82	1,76	0,30	6,08
Paraíba	3,72	13,32	11,08	7,30	4,31	1,63	0,40	6,10
Pernambuco	3,92	13,22	10,90	6,99	3,98	1,65	0,32	6,10
Alagoas	4,53	15,18	12,54	7,60	5,30	2,37	0,74	7,14
Sergipe	3,98	13,48	12,36	8,79	5,08	2,15	0,52	6,81
Bahia	4,00	13,19	10,94	7,08	4,24	1,92	0,48	6,21
Minas Gerais	3,10	11,68	10,62	7,34	3,93	1,38	0,24	5,45
Espírito Santo	3,49	12,06	10,20	6,23	3,22	0,92	0,15	5,35
Rio de Janeiro	3,39	10,48	9,98	6,85	3,69	1,09	0,16	5,09
São Paulo	3,04	10,22	9,93	7,02	3,66	1,04	0,16	5,08
Paraná	3,53	11,43	10,66	7,19	3,82	1,14	0,22	5,53
Santa Catarina	3,09	11,16	10,57	7,16	3,70	1,37	0,17	5,28
Rio Grande do Sul	3,27	10,32	10,17	8,18	4,63	1,52	0,19	5,28
Mato Grosso do Sul	4,65	13,44	10,23	6,42	2,81	0,89	0,25	5,92
Mato Grosso	4,39	14,57	9,84	4,90	2,31	0,81	0,26	5,90
Goiás	4,26	13,31	9,64	5,12	2,13	0,62	0,14	5,58
Distrito Federal	3,49	10,59	9,56	7,60	3,82	1,20	0,19	5,64

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

De acordo com a Rede Feminista de Saúde (2004), em 2000, entre adolescentes escolarizadas de capitais brasileiras, o percentual de moças que afirmaram já ter engravidado alguma vez variou entre 36,9% em Recife e 12,2% em Florianópolis. A primeira gravidez ocorreu na faixa etária de 15 a 19 anos, coincidindo com a iniciação sexual das jovens, indicando que a primeira gravidez pode estar associada à primeira relação sexual. Segundo a Unesco (op.cit., 2004), das alunas goianienses matriculadas no ensino fundamental e médio em escolas públicas e particulares, e na faixa de 10 a 24 anos de idade, 24,6% declararam já ter engravidado.

Entre as causas da gravidez que têm sido estudadas estão: antecipação da menarca; casamento precoce; atividade sexual pré-matrimonial; falta de informação sexual adequada; dificuldade na prática da concepção; dificuldade no acesso aos métodos contraceptivos, mudança de valores sociais; problemas psicológicos e emocionais; pobreza e baixa expectativa de vida. Esses dois últimos fatores são praticamente unânimes na literatura existente sobre o tema.

O IBGE (2005), mostra que no caso das meninas de 10 a 14 anos de idade, a maternidade precoce se apresenta de forma mais concentrada entre as que têm baixa escolaridade, com destaque para aquelas que estavam cursando ou haviam concluído o ensino fundamental, independentemente do nível da renda familiar. Já as adolescentes e jovens com idades entre 15 e 19 anos, em famílias com até três salários mínimos de rendimento total, experimentaram também a maternidade com uma escolaridade equivalente ao ensino fundamental. Mas, a partir da classe de mais de três salários mínimos de renda familiar, a concentração de mães por primeira vez passa a ser observada entre aquelas com níveis mais altos de escolaridade. Os números podem ser observados nas tabelas 4 e 5 a seguir:

TABELA 4: Brasil – Mães por primeira vez (de 10 a 14 anos de idade por classes de rendimento mensal familiar segundo os grupos de estudo) - 2000

Anos de estudo	Classes de rendimento familiar (Em SM)						Total
	Sem rendimento	Até 1 SM	Mais de 1 a 3	Mais de 3 a 5	Mais de 5 a 10	Mais de 10	
Sem instrução e menos de 1 ano	9,1	11,3	7,4	6,4	3,9	12,9	8,7
1 a 3 anos	33,1	36,4	25,9	27,1	21,3	18,2	30,2
4 a 7 anos	51,8	45,1	58,9	54,6	62,4	53,8	53,2
8 anos ou mais	5,2	6,1	6,3	11,4	12,4	12,4	6,8
Não determinado	0,8	1,1	1,5	0,5	0,0	2,7	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

TABELA 5: Brasil – Mães por primeira vez (de 15 a 19 anos de idade por classes de rendimento mensal familiar segundo os grupos de estudo) - 2000

Anos de estudo	Classes de rendimento familiar (Em SM)						Total
	Sem rendimento	Até 1 SM	Mais de 1 a 3	Mais de 3 a 5	Mais de 5 a 10	Mais de 10	
Sem instrução e menos de 1 ano	4,4	5,6	2,4	1,2	1,1	1,2	3,3
1 a 3 anos	18,0	23,0	12,7	7,6	5,5	4,5	14,7
4 a 7 anos	48,7	51,6	50,0	41,6	34,7	27,7	47,3
8 anos ou mais	28,0	18,8	34,2	49,0	58,0	65,6	33,9
Não determinado	1,0	1,0	0,7	0,6	0,7	1,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Trazendo à tona a realidade goianiense, o Plano Municipal de Saúde da gestão 2001-2004 (op.cit.) indica que em 2000 nasceram na capital aproximadamente 21.000 nascidos vivos. Desses, 7% apresentaram baixo peso ao nascer, o que é prevalente em filhos (as) de mães adolescentes, com baixa escolaridade e que residem nos DS Noroeste, Mendanha e Norte. A gravidez na adolescência é apontada no documento como fenômeno importante principalmente nas regiões Noroeste e Mendanha. É justamente no distrito Noroeste que foram encontrados os menores índices de escolaridade da capital goiana, levando-se em conta informações da Contagem Populacional de 1996 do IBGE.

2.4 – Informações sobre métodos contraceptivos

A perspectiva de que a gravidez seria resultante da falta de informações sobre métodos anticoncepcionais é questionada pela literatura mais especializada. Caramano (2003, apud CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, op.cit., 2004), considera que o conhecimento dos métodos anticoncepcionais entre os jovens brasileiros é quase universal desde 1986.

A camisinha é o método mais utilizado para evitar a gravidez entre os jovens goianienses escolarizados. De acordo com a pesquisa da Unesco (op.cit., 2004), os percentuais são de 54,5% entre os adolescentes do sexo masculino e 50,3% do sexo feminino. Em segundo lugar vem a pílula anticoncepcional, citada por 18,7% dos meninos e 29,5% das meninas. Em seguida estão a injeção anticoncepcional e a tabelinha, mencionada por 6,1 e 4,8% dos jovens do sexo masculino e 6,4 e 3,5% do sexo feminino, respectivamente.

Conhecer, no entanto, não garante o uso dos métodos em todas as relações sexuais. Entre os motivos citados pelos goianienses à Unesco (ibidem) para o não uso do preservativo, o

único que evita a gravidez e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) ao mesmo tempo, estão, na ordem: falta da camisinha no momento do ato sexual, confiança no parceiro, manutenção de relações sexuais com uma só pessoa, a diminuição do prazer e a crença de que não se corre o risco de pegar Aids. Os alunos apontam que ambos, amigos e pais (principalmente as mães) são suas principais fontes de informação quanto a métodos e prevenção, seguidas da escola. Apesar disso, em relação à conversa com os pais, faltaria diálogo mais íntimo sobre temas relacionados à vida sexual e contracepção, o que é referido como um co-fator para a ocorrência da gravidez na adolescência.

Numa pesquisa realizada em Goiânia em 1992 (GUIMARÃES, E.; COLLI, A., op.cit., 1998), foram comparadas adolescentes que tiveram filhos em quatro maternidades públicas com outras que nunca engravidaram. Investigou-se se elas tinham recebido ou não informação sexual, os assuntos sobre os quais receberam informações e a fonte de informação. Não se investigou o nível de conhecimento. As autoras observaram que, de um modo geral, as adolescentes que não engravidaram receberam, em maiores proporções, informações sobre todos os assuntos questionados (menstruação, namoro, relação sexual, métodos contraceptivos e DSTs). A menstruação foi o tema sobre o qual todas receberam mais informação, e a principal fonte de informação mencionada foi a mãe, seguida da escola e dos amigos, corroborando resultados de outros estudos. Irmãos e meios de comunicação (revista e tv) assumiram pouca expressão como fontes de informação entre as adolescentes goianienses.

No entanto, dados mais recentes apontam que programas na TV voltados para adolescentes e o acesso à internet se destacam como meios de informação sobre o tema entre os jovens escolarizados. A TV, o rádio e revistas aparecem como uma fonte de provocação para a conversa da família sobre sexo e a mídia teria influência tanto positiva quanto negativa na educação dos jovens. Se por um lado os programas e novelas motivam a conversa sobre sexo de forma mais descontraída entre pais e filhos, por outro, são observadas fortes reações de preconceitos.

Segundo Melo (op.cit., 2004), discutir sobre sexualidade na mídia é um bom sinal, que enterrou a repressão com que o tema era tratado anteriormente. Apesar disso,

(...) falta bom senso, já que o sexo está cada vez mais banalizado. A mídia tem sido um estímulo para que crianças e adolescentes cheguem ao sexo sem estarem preparados. Para os adolescentes, faltam referências. Nas novelas, uma das grandes fontes de

entretenimento dos brasileiros, as cenas são baseadas na realidade, mas com desfechos bem diferentes dos vividos todos os dias pelas pessoas comuns. A gravidez precoce e a prostituição parecem bem mais suaves e menos problemáticas. Poucos programas têm uma abordagem educativa sobre o assunto (MELO, 2004, p.16).

Concordando com os alunos de capitais brasileiras, segundo pesquisadores da Unesco, professores também consideram que a mídia não está colaborando e que poderia ter um impacto positivo, divulgando, principalmente por meio de programas para jovens e novelas, a importância do uso dos preservativos. Para Castro, Abramovay e Silva (op.cit., 2004, p.201), “Os jovens também comentam que o governo deveria incentivar mais o uso da camisinha, por meio de propaganda e comerciais, não somente no carnaval”.

Em um workshop realizado em 2004 sobre Políticas de Comunicação para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids entre mulheres, representantes de Organizações Não-Governamentais (ONGs), movimentos populares e do Ministério da Saúde apontaram os aspectos que devem ser revisados nas campanhas de mídia sobre uso do preservativo no Carnaval. A concentração da divulgação nessa data é considerada como erro estratégico, ou seja, o que começou como um acerto em termos de abrir a temática, pode ter se tornado limitado, fazendo-se hoje necessárias mensagens mais permanentes e regionalizadas. Além disso, a permanência conceitual no parâmetro “use camisinha!” é posta em dúvida em relação aos seus efeitos, pois há exemplos de campanhas com outros focos, abordando mais docemente as possibilidades de diálogo, valorizando a capacidade de negociação e a revisão de posturas.

3-ATENÇÃO DO PODER PÚBLICO COM A SAÚDE DOS ADOLESCENTES

Os primeiros ensaios do Ministério da Saúde para implantar um programa de saúde para adolescentes datam somente de 1985. A Rede Feminista de Saúde (op.cit., 2004) destaca que a infância ganhou espaço na imprensa, inclusive internacional, no início da década de 1980 por causa do estado de deterioração das condições de vida, principalmente das crianças e adolescentes pobres brasileiros. Movimentos sociais pelo direito das crianças e de adolescentes e

representantes do poder público² começaram a se mobilizar para estabelecer uma nova postura da sociedade brasileira em relação à infância e adolescência.

Como resultado, a Constituição de 1988 reconheceu, no artigo 227, que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com prioridade absoluta, 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.

Foi também na Constituição de 88 a criação do Sistema Único de Saúde. Regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, o SUS tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a todos os cidadãos, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região³.

² De acordo com Carlos Fontes, a distinção entre o público e o privado adquire importância a partir do século XVII na Europa. Contra as interferências dos Estados na vida dos cidadãos, filósofos como John Locke, defendem uma clara delimitação entre o que é do domínio público e aquilo que é do domínio privado. O domínio público é tudo aquilo que afeta diretamente outros cidadãos. O privado é o que é matéria de consciência de cada um, como por exemplo as crenças religiosas, mas também aquilo que decorra fora dos olhos dos restantes cidadãos e não tenha para os mesmos qualquer implicação. No domínio público, os cidadãos começam também construir o próprio espaço, distinto daquele que está sob a alçada do Estado. Trata-se de um espaço onde são debatidas as questões públicas e se vai formando uma Opinião Pública capaz de influenciar as decisões que são tomadas pelos Estados. Segundo o autor, no século XX assistiu-se a um progressivo desinteresse dos cidadãos pelo espaço público, isto é, pela intervenção na vida pública. Entre as razões deste fenómeno estão: a massificação das sociedades, onde os cidadãos são tratados como meros consumidores, bombardeados continuamente por uma publicidade manipuladora das consciências; a substituição do debate público por simulacros de debates criados pelas rádios e as televisões, onde personagens escolhidas em função de interesses ocultos são apresentadas como representantes das várias correntes de opinião que existem numa dada sociedade e a limitação da participação dos cidadãos às épocas eleitorais, pois a intervenção dos cidadãos é totalmente controlada pelas máquinas partidárias (cf. www.avalade.no.Sapo.pt/CursoPublPrivadoCid.htm)

³ Constitucionalmente, definiu-se o município como o responsável pela gestão de serviços e ações de saúde no seu âmbito de abrangência, com a cooperação técnica e financeira das demais esferas governamentais. De acordo com o Ministério da Saúde, a persistência dos conflitos e das disputas pela gestão dos recursos e pela gerência dos serviços tem dificultado a cooperação necessária ao processo de hierarquização e regionalização dos serviços e ações, em prejuízo da eficiência, eficácia e efetividade do sistema.

Em 1990, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que define que todas as crianças e adolescentes têm direito à proteção integral, e que estão sujeitos a direitos especiais porque são pessoas em processo de desenvolvimento. O ECA determina que o atendimento das necessidades e dos direitos das *crianças* (até 12 anos) e *adolescentes* (de 12 a 18 anos) seja prioridade absoluta das políticas públicas do país. Também define meios de participação da população no estabelecimento e fiscalização dessas políticas, por meio dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, que atuam no estabelecimento das políticas e programas de atendimento, e dos Conselhos Tutelares, cujos conselheiros são eleitos pelo voto popular, atuando nos municípios com a função de zelarem pelo cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes.

Em março deste ano (O Popular, 2005), o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que prevê ações voltadas ao planejamento familiar no período de 2005 a 2007. O alto índice de gravidez precoce – especialmente entre meninas de 10 a 14 anos – foi um dos fatores que desencadearam a ação. A intenção do Governo Federal é assumir progressivamente a compra de 100% dos métodos anticoncepcionais para os usuários do Sistema Único de Saúde. Até o lançamento do projeto, o Ministério supria de 30% a 40% dos contraceptivos, ficando os outros 70% a 60% a cargo das secretarias estaduais e municipais de Saúde.

4-ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NA PERSPECTIVA DA HIPÓTESE DO AGENDAMENTO

A hipótese do agendamento ou *agenda-setting* surgiu no início dos anos 70 questionando o paradigma dos efeitos limitados, dominante nos estudos de comunicação das

décadas de 40, 50 e 60. De acordo com McCombs e Shaw, considerados pais desta teoria, o poder do *media* não se limita a cristalizar e reforçar as opiniões já existentes. Para eles, quando descrevem e precisam a realidade exterior, os *mass media* apresentam ao público uma lista daquilo sobre o que é necessário ter uma opinião e discutir, pois as pessoas têm tendência para incluir ou excluir dos seus próprios conhecimentos aquilo que os meios de comunicação de massa incluem ou excluem do seu próprio conteúdo.

Conforme explica Santaella (2001), à luz do *agenda-setting*, dada sua responsabilidade na seleção e classificação das informações, os editores e programadores desempenham um papel importante na formação da realidade social. Do ponto de vista do Jornalismo, as formulações da teoria do agendamento são inseridas na perspectiva da teoria da notícia pelo pesquisador Nelson Traquina, sob a justificativa de que a agenda midiática dos estudos do agendamento é, de fato, a agenda dos “media noticiosos”. Para tal, o autor associa os três componentes do processo de agendamento - estudos da agenda midiática, da agenda pública e da agenda política - definidos por Rogers, Dearing e Bregman - aos três agentes, que segundo Molotch e Lester (apud Traquina, 2004), são os promotores de notícia, os jornalistas e os consumidores de notícias. Traquina considera que os três agentes (promotores, jornalistas e público) atuam na constituição das três agendas (política, jornalística e pública, respectivamente).

Benedeti e Spenthof afirmam que

a constatação de que os grandes problemas de saúde do início do século XXI são essencialmente públicos e que suas soluções devem ser buscadas nos universos coletivos faz recair sobre a comunicação social uma singular responsabilidade de participação neste processo (BENEDETI; SPENTHOF, 2002, p.3).

Assim, apesar da natureza pública da atividade jornalística, a responsabilidade social da mídia não se restringe ao universo do Jornalismo, pois o agendamento pode-se dar também em outros produtos da mídia, como a propaganda e o entretenimento. Portanto, no que tange à Comunicação Social, o agendamento também será aqui analisado na perspectiva do que se convencionou chamar “comunicação estratégica”.

A informação em questão na comunicação estratégica atua pontualmente como intervenção orientada para determinado fim, diferentemente da informação jornalística, caracterizada pela busca da isenção na exposição dos fatos noticiados, identificando o problema de saúde pública e, por intermédio da credibilidade e da legitimidade do jornalismo, produzindo

uma espécie de consenso sobre a existência de determinados riscos à saúde coletiva. Ao agendar o assunto, portanto, o jornalismo desempenha um papel de *senalizador da crise*.

Já as informações das campanhas estratégicas atuam em outro estágio das questões de saúde pública. Elas utilizam a linguagem da persuasão e do discurso imperativo para estimular determinadas atitudes ou mudanças de comportamento. Além disso, não apresentam enfoques diferenciados como o jornalismo, mas centram-se no discurso único de que todos devem agir da mesma maneira. Assim, afirmam Benedeti e Spenthof:

É, portanto, no estágio da ação, da transformação em prol do bem comum, que a comunicação estratégica assume uma importante função e complementa, de forma eficaz e necessária, a tarefa de mobilização e informação atribuída à comunicação jornalística. Isso não significa retirar do jornalismo a possibilidade de ser mobilizador, mas considerar que a comunicação estratégica – por intermédio de campanhas educativas – se desenvolve como instrumento direcionado para a mudança de hábito (BENEDETI; SPENTHOF, op.cit., 2002, p.8).

De acordo com Cecília S. Guimarães (2002), a abordagem sobre a promoção e participação social do Fundo das Nações Unidas para a Criança e Adolescência (Unicef) reconhece que estratégias sociais de cima para baixo têm falhado em conseguir um impacto positivo no bem-estar das pessoas. Para ela, um processo de desenvolvimento mais participativo, nesses termos, implica na necessidade da utilização de ferramentas estratégicas de comunicação, integradas em um processo global de planejamento que levem em conta as intervenções sociais e as políticas públicas e sociais.

Desta forma, a autora define quatro categorias básicas que resumem os delineamentos estratégicos que devem ser traçados para garantir o sucesso de uma intervenção social com foco na promoção social e participação comunitária: o *advocacy*, a informação e mobilização social, a comunicação e participação comunitária e a melhoria da capacidade de comunicação interpessoal.

O *advocacy* foi definido pelo Unicef como uma intervenção que objetiva a criação de vontade política e de suporte administrativo, financeiro e de pessoal para a formulação e implementação de políticas públicas integradas. Em inglês, *Advocacy* quer dizer “falar, ou advogar em nome de outro a fim de obter justiça”. De acordo com o Fundo de População das

Nações Unidas, realizar *advocacy* significa trabalhar para a sensibilização de gestores públicos e da sociedade civil sobre a importância de temas de interesse social, entre eles a saúde sexual e reprodutiva e planejamento familiar. Já a informação e mobilização social centram-se no uso da comunicação massiva e promoção de um produto social, objetivando outorgar-lhe legitimidade na opinião pública. A comunicação e participação comunitária atua em nível micro-social e propõe a transferência de habilidades de comunicação para as esferas locais. Por último, a comunicação interpessoal foca a melhoria da capacidade daqueles que atuam em nível local, aumentando a qualidade dos serviços prestados.

5-A COMUNICAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA, A RELAÇÃO COM A MÍDIA E COM O TERCEIRO SETOR

De acordo com Brandão (2003), historicamente, a comunicação praticada pelos governos no Brasil esteve condenada ao uso abusivo e quase exclusivo da publicidade – técnica que sempre foi considerada como panacéia para todos os males que o setor público diagnosticava como “problemas de comunicação”. Para Luiz Martins da Silva (2004), a principal estratégia que norteia campanhas públicas tem sido a Publicidade e não o Jornalismo. Segundo ele, o Governo Federal (administração direta e estatais) gasta mais de 400 milhões de reais por ano em campanhas publicitárias, fazendo com que o Ministério da Saúde figure, ironicamente, ao lado dos grandes anunciantes de cigarros e bebidas alcoólicas. Cada Ministério tem uma ou mais agências pré-qualificadas e licitadas, funcionando como um braço mediático das ações do governo. Por vezes, uma campanha de combate ao HIV chega a custar 7 milhões de reais, a maior parte para o pagamento da veiculação de filmes publicitários (institucionais) na mídia televisiva. Este autor conclui que

tais campanhas cumprem mais a macrofunção de agendar alertas e apelos do que propriamente de produzir diretamente mudanças de comportamento. Entretanto, não se encontrou ainda maneira mais barata de atingir tantas pessoas ao mesmo tempo (SILVA, 2004, p.12).

Apesar disso, o empresariado da mídia está começando, sensivelmente, a atender ao apelo pelo investimento em responsabilidade e ações sociais. Um exemplo é o *merchandising* social nas telenovelas da Rede Globo. Em *O Clone*, o problema das drogas (cocaína e alcoolismo) mereceu mais do que inserções, atravessou todo o enredo, praticamente todos os capítulos do meio para o final. Também a campanha contra a dengue mereceu numerosas inserções. Em *Mulheres Apaixonadas*, todo um conjunto de problemas foi tratado, entre eles, violência doméstica, violência urbana, alcoolismo, homossexualidade, segregação e maus tratos para com os idosos, e até a promoção do uso de preservativo no âmbito da escola. Já no folhetim *Senhora do Destino*, e, recentemente, em *Malhação*, foram retratadas a gravidez na adolescência e suas conseqüências.

É importante ressaltar que mesmo essas inserções sociais, principalmente, relacionadas à adolescência, recebem críticas quanto à abordagem com que o tema é tratado. Embora tente-se pautar o assunto no cotidiano dos jovens, na maioria das vezes prevalecem idéias como: podemos ser felizes para sempre; dinheiro nunca é problema; é possível ter um filho na adolescência e ainda assim estudar, dar-se bem na vida e que, enfim, “tudo vai dar certo no final”.

Entidades da sociedade civil, o chamado Terceiro Setor, vêm crescentemente tomando para si o papel de divulgar fatos de interesse público e lutar para que eles ganhem espaço nos meios de comunicação de massa. Algumas organizações não-governamentais especializaram-se exatamente em estratégias de agendamento da mídia, trabalhando intensamente com o objetivo de obter a publicação de *releases*⁴ ou de pautar coberturas de “fatos sociais”, mas, sobretudo, aqueles que representam tecnologias sociais, ou seja, o sucesso de projetos destinados a operar mudanças na qualidade de vida de seguimentos sociais. É o caso da Agência de Notícias dos Direitos da Infância (Andi), que distribui pautas-*clipping*⁵ com resumos de matérias sobre sua temática, bem como informações acerca das decisões dos poderes do Estado que afetam a vida das crianças e adolescentes, além de premiar anualmente reportagens publicadas pelos mais variados veículos de comunicação de massa.

Em Goiânia, um dos grupos da sociedade civil que desenvolve ações voltadas à sexualidade é o Transas do Corpo. Fundada em 1987, com práticas apoiadas no feminismo, a Ong atua por meio de formação, articulação política, comunicação e desenvolvimento institucional. Entre as ações na área de Comunicação estão publicações de livros, boletins, materiais pontuais para eventos ou cursos e realização de estudos e pesquisas. O objetivo do eixo é de difundir, fortalecer e ampliar o debate sobre saúde e sexualidade com enfoque de gênero.

⁴ O *release*, segundo Jorge Duarte (2002) é um tipo de sugestão de pauta, assunto que pode ser sugerido a um ou mais jornalistas com intenção de que se transforme em notícia. Geralmente contém informação de interesse abrangente, o que o torna impessoal e genérico, mesmo quando o envio é segmentado.

⁵ O *clipping* (ibidem) identifica rotineiramente na imprensa as citações sobre a instituição assessorada ou temas previamente determinados, organizados e encaminhados para conhecimento dos interessados.

6-METODOLOGIA E ANÁLISE DE DADOS

Além da pesquisa bibliográfica, o estudo sobre as estratégias de comunicação da saúde pública goianiense relacionadas à gravidez na adolescência recorreu às técnicas de entrevistas individuais semi-estruturadas nas Assessorias de Comunicação das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e de grupos focais com adolescentes grávidas que fazem atendimento pré-natal com profissionais do Núcleo de Estudos e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente, no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG).

A entrevista semi-estruturada é um dos formatos mais difundidos nas Ciências Sociais. Ela permite que a ordem das questões do roteiro seja modificada de acordo com o andamento da entrevista, ou seja, o entrevistador tem flexibilidade para explorar informações e idéias que considerar importantes, interessantes ou inesperadas e que tenham sido levantadas pelos informantes. Além disso, a técnica permite ao entrevistado descrever o que considera significativo usando seus próprios critérios e palavras, sem ficar restrito a categorias fechadas.

Já o grupo focal consiste numa técnica de entrevista na qual os membros do grupo narram e discutem visões e valores sobre eles próprios e o mundo que os rodeia, freqüentemente usado nas Ciências Sociais para buscar respostas aos “porquês” e “comos” dos comportamentos. Além disso, os grupos focais têm se revelado um dos principais instrumentos dos métodos de “indagação rápida”, para obter uma informação ágil, pouco onerosa, em profundidade e com um volume significativo de informação qualitativa.

O objetivo de incluir adolescentes na pesquisa foi ilustrar alguns elementos que caracterizam a gravidez na adolescência, apontados no referencial teórico, além de tentar esclarecer, pela ótica das próprias jovens, os principais “problemas de comunicação” de produtos midiáticos relacionados ao tema. Foi formado um grupo focal com sete adolescentes, duas de 14 anos, uma de 15, duas de 16, uma de 18 e uma de 19 anos, escolhidas aleatoriamente em um dia de atendimento ambulatorial no Necasa. O único critério de seleção foi o período de gestação,

descartando-se gestantes que estavam próximas a dar a luz, devido à extensão da entrevista e ao desconforto do ambulatório.

A escolha do Necasa como local de investigação consiste na referência como serviço público de assistência ao adolescente em Goiânia e em Goiás. O Núcleo é um programa permanente de Extensão da UFG, criado em 1988. Localizado no Campus I, na área externa do Hospital das Clínicas, o Necasa possui uma equipe multidisciplinar, composta por gineco-obstetras, pediatra, enfermeira, assistente social, psicóloga e nutricionista. No cumprimento dos seus objetivos, o Necasa mantém atendimento em dois ambulatórios: o geral, direcionado a adolescentes de ambos os sexos, e o de ginecologia e obstetrícia, que atende especificamente meninas, grávidas e não grávidas.

6.1 – Discutindo a gravidez com as adolescentes

Na análise dos depoimentos com as jovens, pôde-se observar grande parte dos aspectos levantados no referencial teórico exposto. Das sete participantes do grupo focal, duas não residem em Goiânia, mas consultam constantemente no Necasa. Todas as adolescentes estudam ou estudaram em escolas da rede pública. Três interromperam os estudos por causa da gravidez. Uma das meninas, de 16 anos, está grávida do segundo filho e declarou já ter tentado realizar um aborto. Outra, de 19 anos, já havia engravidado aos 18, mas perdeu o bebê.

Na ótica das jovens, a gravidez é encarada tanto como um problema, para algumas, quanto à alegria, felicidade, para outras. Mas é possível observar que essas idéias não estão totalmente claras no imaginário delas, conforme os trechos da entrevista extraídos a seguir:

(...) às vezes as pessoas falam que acabou a minha vida, porque eu engravidei com 14 anos de idade... Também um filho, né, tem que ter responsabilidade enorme.(...) Mas às vezes, também, falam que é bom ter um filho (A.G.A.P., 14 anos).

Eu acho que, ah, sei lá, uma criança na minha idade “tá” sendo mais que um problema, Deus me livre! Deus me livre... Tudo. (...) O meu relacionamento com o pai da criança ficou péssimo, Nossa Senhora! (...) A gente se separou logo que ele ficou sabendo que eu engravidei. (...) Se eu tivesse planejado “pra criar filho”... (R.C.N., 15 anos).

- Não é um bicho de sete cabeças, né? Por um lado acabou com a nossa vida [da adolescente e do pai da criança], porque agora tudo o que a gente vai ter que fazer...
- Querer ir numa festa e não poder sair...
- É. Mas tem um lado positivo e um lado negativo (R.C.N 15 anos; C.M. 19 anos).

Eu acho que [o filho] vai ser a alegria lá de casa. Porque é o primeiro neto da minha mãe (C.M., 19 anos).

De um modo geral, as meninas mencionaram conhecer vários métodos contraceptivos, como pílula, pílula do dia seguinte, camisinha, Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e injeção hormonal anticoncepcional, embora nem todas os utilizassem antes da gravidez. A confiança no parceiro foi amplamente debatida na discussão entre as adolescentes. A crença de que o companheiro é fiel e o tempo de duração do namoro justifica, muitas vezes, o abandono da utilização de algum método contraceptivo, deixando a jovem vulnerável a uma gravidez indesejada ou a DSTs, entre elas, a Aids. Por outro lado, também há certas contradições observadas nos diálogos no que se refere à confiança no parceiro. Apesar de algumas jovens declararem que acreditam na fidelidade do companheiro, afirmam-no com certa insegurança:

(...) tinha três anos que eu estava com o pai do meu filho. Namorando, então eu usava só o anticoncepcional mesmo. Ai foi até que um dia eu errei, não tomei [a pílula] na hora certa, não tomei a pílula do dia seguinte, “ai fui” e engravidei. Mas meu namorado me “enjoou” demais e a gente acabou largando (...) no começo [do namoro] a gente usava [camisinha]. Com o tempo eu optei tomar remédio. Porque já tinha muito tempo que a gente tava junto (R. C. N., 15 anos).

Agora que o “trem” já ta feito, que eu já engravidei, eu não peço pro meu namorado usar camisinha. Pra quê? Eu sei que ele não tem nenhuma doença, eu também não tenho (...) Em relação à infidelidade, eu acho que, infelizmente, depende dele. Eu não acho que meu namorado é fiel, porque ele é homem, né? Mas eu acho, que... Não, não é possível, porque num namoro, tem que ter confiança... (A.G.A.P., 14 anos).

Outro ponto a se destacar são as dificuldades de diálogo sobre sexualidade dentro de casa. Nenhuma menina relatou conversar tranquilamente sobre o tema com a família. Na maioria dos depoimentos a conversa e o diálogo com as mães é mais fácil e confortável do que com os pais. Algumas declararam ter vergonha de uma aproximação com o pai para esclarecer dúvidas sobre sexualidade. A escola foi mencionada como fonte de informações. O diálogo abaixo e o trecho seguinte confirmam esta idéia. A mídia, em especial, a TV, foi pouco lembrada como meio

de esclarecer dúvidas sobre sexo ou métodos contraceptivos. Mas mencionou-se que, de um modo geral, quando a gravidez na adolescência aparece como tema de um programa ou novela, ela é abordada de uma forma fantasiosa, bonita e fácil, distante, portanto, da realidade:

- Eu foi tudo [o que aprendeu sobre sexualidade] na escola. Eu descobri tudo foi na escola, nada em casa.

- Eu também.

(...)

- Na família eu não conversava sobre esse assunto. Porque minha mãe e meu pai são divorciados. Eu moro só com o meu pai. E meu pai vive viajando e aí não tem como nem conversar direito.

(...)

- Na escola não falavam abertamente não, assim, comentando sobre filhos, sobre mulheres, aí eles [os professores] falavam...

- Tinham muitas palestras na minha escola (A.G.A.P, 14 anos; R. C. N., 15 anos; C.M., 19 anos).

Minha mãe é falecida e eu moro com meu pai. Com ele não tem nem como falar nisso, né? (risos) Eu vou perguntar pra ele? (L.B.O., 16 anos).

Nas novelas sempre mostra a gravidez fácil para a menina. Não mostra os enjôos, as dores que ela sente... (L.C.S, 18 anos).

As adolescentes grávidas do grupo focal pesquisado criticam a atuação do governo sobre uso da camisinha basicamente em campanhas no Carnaval e à forma apelativa, e não educativa, com que o tema é abordado; assim como o “descaso” com que a gravidez é tratada pelos governos nos meios de comunicação, em relação a DSTs:

Eu acho que podia ter mais programas, porque eu só vejo falar da Aids, da camisinha. ‘Usa camisinha porque senão pega Aids’, nunca vi falarem assim, ‘usa camisinha que senão vai engravidar’... Só fala da tal da Aids. (...) “Eles” [o governo, os governantes, a mídia] importam mais com a doença do que com a gravidez, não estão nem aí se a gente engravidar, querem saber é de não espalhar a “doença”[Aids].

(...)

Eu acho que não são educativas [as campanhas de mídia do governo], porque mandar usar camisinha, “tá” educando alguma coisa? “Tá” não... Só alertando que se a gente não usar a camisinha a gente pode acabar com nossa vida.(R.C.N., 15 anos)

-“Tá” só alertando a evitar a doença e se prevenir. O que mais importa é evitar a “doença” [Aids]. Porque eles [os governantes, o governo, a mídia] não falam sobre gravidez.

- *Só fazem campanha no Carnaval.*
- *É. Só fazem campanha no Carnaval (R.C.N., 15 anos e C.M., 19 anos).*

6.2 – Discutindo a Comunicação da Saúde Pública Goianiense

Com base nas informações coletadas, verifica-se que poucas ações vêm sendo desenvolvidas na área da Comunicação dos órgãos da saúde pública em Goiânia sobre a prevenção da gravidez na adolescência. De um modo geral, o papel das Assessorias de Comunicação tem sido pontual, resumindo-se a divulgar campanhas e assuntos organizados nas agendas de cada área específica, além das tradicionais intermediações de contatos entre fontes e imprensa. Não há estratégias específicas para a comunicação com os adolescentes.

Na Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Goiás, o planejamento estratégico das ações da Comunicação, formulados pela Assessoria de Comunicação Social, é atualizado anualmente. No entanto, as ações são generalizadas, não há estratégias específicas para cada área a ser priorizada. Trabalham nesse departamento 10 pessoas, quatro delas jornalistas, para assessorar as 17 unidades da SES, mais oito superintendências. O número é considerado muito pouco pela Gerência de Comunicação.

Além da confecção de *releases* sobre alguns eventos relacionados à gravidez na adolescência, houve nos oito primeiros meses de 2005 apenas uma tentativa direta de agendamento da imprensa goiana em relação ao tema. O trabalho foi realizado em maio, às vésperas do Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher, firmando parcerias com jornais locais para a divulgação do tema. No entanto, o projeto inicial era a realização de mesas redondas, na mídia e fora dela, discutindo sobre gravidez com os próprios jovens, o que, segundo a jornalista, não ocorreu. Apesar disso, na avaliação da SES, essa mobilização foi positiva. Houve inserções tanto em telejornais como em jornais impressos durante a semana próxima à data.

Outra ação relacionada à adolescência referida pela jornalista é a reestruturação de um programa de rádio, veiculado pela Rádio Universitária, da UFG, voltado para a comunicação com o jovem. Segundo a gerente de comunicação, o projeto chegou a ser executado, mas saiu do ar após o fim do contrato, que não foi renovado. A proposta era abordar temas específicos

diretamente nos sistemas de jornal falado, de teatro vivo, e uma comunicação direta com o ouvinte. Se voltar ao ar, o programa deve ser feito em parceria com meninos de rua.

Em relação às ações relacionadas ao uso de preservativos, há menção na Secretaria Estadual sobre as campanhas de mídia realizadas no Carnaval e no Dia Nacional de Luta Contra a Aids, em primeiro de dezembro. O foco da campanha do Carnaval deste ano, segundo a gerente de comunicação, foi não só a Aids, mas DSTs, bebidas e drogas. Ela relatou que geralmente há parcerias entre Estado e Município nessas campanhas. Para a do Dia Nacional de Luta Contra a Aids deste ano, a programação é que o vídeo publicitário fique sob a responsabilidade da SES e os cartazes e *folderes*, por conta do município.

Panorama semelhante é observado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia. Fazem parte da Assessoria de Comunicação uma jornalista, uma relações públicas e uma estagiária em Publicidade e Propaganda. Não há ainda um Plano de Comunicação específico, mas a jornalista pretende desenvolvê-lo ao longo da gestão. A “falta de estrutura” é atribuída à mudança de governo, ocorrida no início de 2005, além da recente contratação da jornalista, em maio. Da mesma forma que na SES, a atuação da assessoria acaba sendo pontual. No entanto, os *releases* produzidos na SMS são enviados à Secretaria de Comunicação, que faz a distribuição e divulgação. Não há, segundo a assessora de imprensa, autonomia para que a própria Ascom faça esse trabalho.

As ações que a Secretaria pretende desenvolver na gestão 2005-2008 estão previstas no Plano Plurianual e no Plano Municipal de Saúde, mas que ainda não foram aprovados pelo Legislativo. A previsão é de que ambos entrem em vigor a partir de 2006. No entanto, a jornalista da SMS não tem conhecimento de elaboração de nenhuma estratégia específica para adolescentes na área da Comunicação.

Para as jornalistas entrevistadas em ambas as secretarias, a gravidez na adolescência deveria ser, mas não é um assunto que desperta o interesse da imprensa, diferentemente da dengue, por exemplo. Segundo elas, isto se deve a uma questão cultural, que envolve relações de gênero e educação. Assim, a demanda por questões consideradas “mais sérias”, como as epidemias, é maior, e naturalmente, recebem maior cobertura.

Pouco se tem explorado as estratégias de parceria com a sociedade civil organizada goianiense nas questões da saúde do adolescente. Geralmente, elas são firmadas na execução de serviços, ações e projetos. Mas não na área de Comunicação.

Corroborando-se a hipótese levantada, tem-se que as ações desenvolvidas em Goiânia seguem uma tendência nacional, conforme explica Cecília Guimarães:

Com exceção de algumas experiências isoladas, não se tem conseguido, no Brasil, formular estratégias de comunicação efetivas que visem uma mudança de comportamento (...). A comunicação, na área social, é utilizada geralmente como instrumento de difusão de atividades isoladas, ou até para a promoção de programas e políticas sociais, mas não como uma ferramenta estratégica e integrada para a mudança de comportamento (GUIMARÃES, C., op.cit., 2002, p.2)

No que se refere à agenda jornalística, entende-se que o assunto gravidez na adolescência chegou a ser explorado pela mídia goianiense nos oito primeiros meses de 2005. Mas as maiores inserções ficaram restritas aos períodos próximos ao Carnaval e ao Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher (28 de maio). O jornal impresso, por sua vez, tratou mais do assunto do que a TV. Vale ressaltar que essas publicações nem sempre se referiram especificamente sobre o tema, mas levaram a desdobramentos sobre ele. Nacionalmente, essa cobertura foi maior, e ficou concentrada, além do Carnaval, a datas próximas à divulgação de estudos, como o do IBGE, por volta de maio desse ano, no qual o Instituto alerta para o aumento do número de adolescentes grávidas com menos de 14 anos.

É provável que a divulgação esparsa se deu por conta da menor carga de “valores-notícia” existentes para assegurar a presença desse assunto em relação a outros, como a epidemia da dengue. Uma vez que um desses valores privilegiados pela mídia noticiosa é o fator novidade, por exemplo, a gravidez na adolescência já teria se transformado num “problema comum” para a opinião pública. Desta forma, com exceção do fato de que meninas entre 10 e 14 anos estão ficando grávidas, o assunto já não despertaria tanto interesse. Apesar do fato ser reconhecido pelas próprias Assessorias de Imprensa das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, exige-se investigação mais específica.

Entende-se que, além do jornalismo, havia a necessidade de se agendar o assunto via comunicação estratégica, assim como é feito com a Aids. Mas isso implica em dois problemas. Um deles é a escassez de recursos do Executivo municipal para veiculação de campanhas de mídia. Esta, apesar de sua natureza pública, duplamente pública no caso das rádios e das TVs, que só operam mediante concessão pública, comumente descumpra seu papel social ao cobrar pela divulgação dos filmes publicitários. O outro problema é o paradoxo que há entre responsabilidade do poder público e da imprensa sobre o tema: enquanto o primeiro tenta agendar

a temática na mídia, poucos programas têm uma abordagem educativa do assunto, já que o sexo está sendo cada vez mais banalizado.

7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da gravidez na adolescência necessita de um enfrentamento muito mais constante e contundente. As ações voltadas para esse fim na área de comunicação da saúde pública de Goiânia não estão bem delimitadas, o que implica num “esquecimento” da mídia sobre o assunto. Nos primeiros oito meses de 2005, a gravidez foi abordada pela imprensa local praticamente na proximidade de alguma data que levou ao planejamento de ações pelo poder público, como o Carnaval e o Dia Internacional pela Saúde da Mulher, ou ainda quando o assunto foi estimulado pela divulgação de alguma pesquisa científica.

Diante dessa situação, é necessário que algumas medidas sejam tomadas no âmbito local, enfocando dois eixos: um macro-social, via comunicação estratégica, centralizada no uso da comunicação massiva e promoção de um produto social, outro micro-social, estimulando a participação comunitária de pais, professores e jovens nos Distritos Sanitários, considerando as especificidades de cada um e levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Essa participação é importante porque nas famílias não se dialoga sobre sexo e o sistema educacional ainda não conseguiu se constituir em espaço relevante onde a educação sexual aconteça.

De acordo com Guimarães e Colli (op.cit., 1998), para se abordar a prevenção da gravidez na adolescência é preciso analisar alguns modelos de se avaliar comportamentos de saúde, incluindo comportamentos sexuais. Um deles, denominado *modelo ecológico*, analisa o modo como as características individuais e do ambiente juntam-se para produzir ou para mudar um determinado comportamento. Assim, diversas instâncias como família, grupo de amigos, vizinhança e comunidade exercem influência sobre os indivíduos, que respondem a elas de formas diversas.

O segundo modelo é o chamado *vulnerabilidade-resiliência*. Vulnerabilidade implica no aparecimento, num adolescente ou grupo de adolescentes de risco, de determinados

comportamentos ou conjuntos de comportamentos suscetíveis de diminuir o bem-estar. O oposto da vulnerabilidade e fatores de risco (que podem ser biológicos, psicossociais ou ambientais), é a resiliência e fatores protetores.

O terceiro e último modelo citado pela autora é a *abordagem familiar* e entende que os problemas com um dos membros da família refletem-se em toda ela e em cada um dos membros em particular. Assim, Guimarães defende que “Esses três modelos têm pontos comuns, inter-relacionados, que devem ser levados em consideração no planejamento das ações preventivas de saúde incluindo a saúde sexual” (GUIMARÃES, E., COLLI, A., 1998, p.68).

Como sugestão à Assessoria de Comunicação Social da SMS, fica a elaboração urgente de um plano estratégico de ações que leve em consideração os pontos a ser enfocados em cada área específica, e que, entre elas, esteja a Divisão da Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente. Um diagnóstico baseado em visitas e entrevistas em departamentos e órgãos gestores pode facilitar o processo e é importante estratégia de comunicação interna, dando visibilidade e clareza sobre o papel que a Assessoria de Comunicação desempenha na Secretaria Municipal.

Outro trabalho de comunicação deve ser desenvolvido com os profissionais da saúde, considerando que os serviços de saúde têm lugar de destaque como locais onde as jovens encontram informações consideradas *confiáveis* sobre sexualidade. Além disso, é preciso lembrar que a gravidez precoce ou indesejada é um problema que também envolve os homens. Deve, portanto, ser tratado também com os meninos, em todos os seus aspectos, do moral ao social. Já o estímulo ao uso de preservativos tem solução difícil, pois envolve questões morais, culturais e religiosas. No entanto, jamais pode deixar de ser abordado, pois eles ainda são os únicos métodos de evitar tanto DSTs quanto a gravidez.

Segundo Munitz e Silber (1992 apud GUIMARÃES, E.; COLLI, A., op.cit., 1998), os países que conseguiram diminuir os índices de gravidez na adolescência apresentam, no geral, as seguintes características:

Um número crescente de clínicas de planejamento familiar, que ofereçam serviços gratuitos ou de baixo custo para adolescentes; esses serviços são oferecidos a toda a população e não somente à população de baixa renda. Há clínicas especiais para adolescentes, que mantêm relações com as escolas e oferecem serviços confidenciais de planejamento familiar, como parte dos serviços de saúde. Além disso, têm política liberal de informação sobre o uso de contraceptivos. Tudo isso se resume numa política

nacional, clara e dirigida a ajudar os jovens sexualmente ativos a evitar a gravidez. (MUNITZ; SILBER, 1992, apud GUIMARÃES, E.; COLLI, A., 1998, p. 70)

Em 2001/2002, de acordo com a Unicef, 17% dos adolescentes brasileiros não tinham acesso facilitado a serviços de saúde. Essa falta de acesso ocorre porque quase não há no Brasil serviços de saúde para atender *especificamente* jovens – o que seria o maior obstáculo à informação e ações que protejam a saúde dessas pessoas.

Em Goiânia, além do Necasa, existe o Centro Social Dona Gercina Borges, onde é desenvolvido o projeto *Meninas de Luz*, que atende adolescentes grávidas inclusive em situação de violência ou exploração sexual. O projeto é de iniciativa da Organização das Voluntárias de Goiás. Sendo assim, a capital acaba se destacando entre as dos demais Estados brasileiros no que se refere a atendimento específico, mas ainda faz-se necessária maior atenção.

Os contatos constantes com as empresas de comunicação e com jornalistas são fundamentais para fortalecer a imagem da Secretaria Municipal de Saúde. Um bom relacionamento com os profissionais, baseado num contato pessoal e direto, pode resultar em reportagens. Mostrar a complexidade do assunto, amparado pelas pesquisas científicas, significa o mote para que o jornalista possa “convencer o editor” de que a gravidez na adolescência é um tema relevante. Além disso, agendar o assunto na mídia (lembrando que não só a TV, mas o rádio tem uma abrangência importante) é uma “via de mão-dupla”, pois esta pode apontar as falhas dos segmentos governamentais, contribuindo para a implementação de políticas públicas que promovam a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes goianienses. Vale lembrar que o Terceiro Setor também vem se destacando como importante ferramenta estratégica para pautar a mídia, e não deve ser descartado como parceiro.

Mesmo consciente da necessidade de constantes estudos, defende-se que o reconhecimento e a incorporação na agenda social do governo municipal dos problemas relacionados à gravidez na adolescência já traz resultados bastante promissores. É preciso lembrar ainda que todas as ações, sejam no âmbito administrativo, sejam no âmbito da Comunicação, devem caminhar juntas, e ser desenvolvidas levando-se em conta que o adolescente precisa sentir-se acolhido, valorizado e compreendido para contar com o apoio necessário para tomar atitudes e alterar seus comportamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEDETI, C. Andrade, SPENTHOF, E. Luiz. **Agendamento em caso de risco e função social da mídia** – um estudo sobre o papel da comunicação social na epidemia de dengue em Goiânia no ano de 2002. Goiânia: UnB/UFG, 2002.

BRANDÃO, Elizabeth. **Comunicação Pública: o Cidadão, o Estado e o Governo**. Algumas abordagens em Comunicação Pública. Casa das Musas, Brasília, v. 1, n. 3, nov. 2003.

CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA. **Juventudes e Sexualidade**. UNESCO, Brasília, 2004.

CZEPAK, Isabel. Meninas são mães cada vez mais cedo. **O Popular**, Goiânia, 19 jun. 2005. Comportamento.

_____. Mães cada vez mais meninas. **O Popular**, 2003. Comportamento, p. 3

DUARTE, Jorge. Produtos e Serviços de uma Assessoria de Imprensa. Assessoria de Imprensa e Relacionamento com a Mídia – Teoria e Técnica. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

FONTES, Carlos. **Público – Privado, Limites e Relações**. Disponível em <<http://www.avalade.no.Sapo.pt/CursoPublPrivadoCid.htm>>. Acesso em: 13 maio 2005.

GOIÂNIA - Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2001-2004**.

GUIMARÃES, Cecília Studart. **Comunicação Estratégica para a mudança social no contexto da implementação de políticas sociais**. 2002. Brasília. Disponível em: <<http://www.socialtec.com>>. Acesso em: 29 agosto 2005.

GUIMARÃES, E.M.B.; ALVES, M.F.C.; VIEIRA, M.A.S. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes – um desafio para os profissionais de saúde no município de Goiânia. **Revista da UFG: Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura**. Goiânia: UFG, Ano VI, n. 1, p.29-30, jun. 2004.

_____; COLLI, A. S. **Gravidez na Adolescência**. Goiânia: Ed. UFG, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil Socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo**. IBGE, Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, Fernanda Quixabeira. Por uma história da Juventude Brasileira. **Revista da UFG: Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura**. Goiânia: UFG, Ano VI, n. 1, p.6, jun. 2004.

MELO, Patrícia Arantes de. **O papel da mídia frente à gravidez na adolescência**. 2005. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Assessoria de Comunicação – Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2004**: Uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Adolescentes Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Rede Feminista de Saúde, Belo Horizonte, 2004.

SANTAELLA, Lúcia. **Comunicação e Pesquisa**: Projetos para mestrado e doutorado. São Paulo: Hacker Editores, 2001.

SILVA, Luiz Martins da. **Jornalismo Público** – O social como valor-notícia. Brasília, DF: Casa das Musas, 2004. Vol.II

TRAQUINA, Nelson. **Teorias do Jornalismo** – Porque as notícias são como são. Florianópolis: Ed. Insular, 2004. Vol 1.

WORKSHOP SOBRE POLÍTICAS DE COMUNICAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS ENTRE MULHERES. Porto Alegre: Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia, 2004. 15 p.