

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

ANA GLÁUCIA SOMBRA SARAIVA

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO OS
PRESSUPOSTOS DO LETRAMENTO EM CONTEXTOS DE SAÚDE**

FORTALEZA - CEARÁ

2016

ANA GLÁUCIA SOMBRA SARAIVA

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:
A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO OS PRESSUPOSTOS DO LETRAMENTO
EM CONTEXTOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração Saúde da Criança e Adolescência.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria da Penha Baião Passamai

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Saraiva, Ana Gláucia Sombra.

Saúde sexual e reprodutiva: a promoção da saúde segundo os pressupostos do letramento em contextos de saúde [recurso eletrônico] / Ana Gláucia Sombra Saraiva. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 131 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria da Penha Baião Passamai.

1. Adolescente. 2. Gravidez na adolescência. 3. Alfabetização em saúde. 4. Promoção da saúde. 5. Caderneta de saúde do adolescente. I. Título.

ANA GLÁUCIA SOMBRA SARAIVA

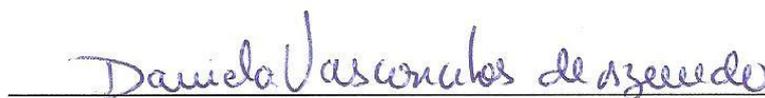
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:
A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO OS PRESSUPOSTOS DO LETRAMENTO
EM CONTEXTOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 28/01/2016

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Maria da Penha Baião Passamai


Prof.^a Dr.^a Daniela Vasconcelos de Azevedo


Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves

Aos meus pais, Raimundo Saraiva e Maria Alice, e aos meus irmãos que sempre me incentivaram a estudar e lutar pelos meus ideais, em especial ao Flávio Saraiva pelo exemplo de dedicação e garra que sempre passou a todos nós.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pelo dom de minha vida e por ter sempre me dado força para vencer mais uma batalha, mostrando-me sempre o caminho a seguir.

Aos meus pais e irmãos por acreditarem sempre na minha pessoa, e pelo incentivo por meio das palavras de coragem.

Aos meus filhos, que souberam entender todos os momentos de minha ausência para dedicar-me aos estudos.

Aos meus amigos, Virgínia e Renan, que sempre me ajudaram nas idas e vindas a Fortaleza para participar das aulas, pelo carinho e palavras de incentivo a mim dispensadas.

Ao meu amigo Antônio Ronaldo, por suas palavras de conforto quando me encontrava aflita, angustiada e com medo de não conseguir. Obrigada por ser sempre este amigo paciente, companheiro e irmão.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria da Penha Baião Passamai, pela dedicação e paciência. Por me ensinar tantas coisas novas como letramento, procedimento de Cloze, Círculo de Diálogo, SAM e SMOG. Obrigada por acreditar em mim, pela certeza que concluiríamos com êxito o estudo.

A todos os amigos que construí ao longo do Curso do Mestrado, sejam meus colegas de turma, funcionários e professores.

À Secretaria Municipal de Saúde de Quixeré, na pessoa de João Urânio, e à Secretaria de Saúde de Limoeiro do Norte, na pessoa de Soraya Diógenes, que permitiram o meu afastamento, quando necessário, para a realização do Curso de Mestrado.

“Se as coisas são inatingíveis [...] Ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, que não fora a
presença distante das estrelas [...]

Mário Quintana

RESUMO

A Gravidez na Adolescência é um problema de saúde pública. Estima-se que no Brasil, por ano, um milhão de adolescentes tornam-se mães. O estudo objetivou analisar a compreensão, por parte de adolescentes escolares, sobre saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência, em interlocução com seu nível de letramento no contexto da saúde, através da Caderneta de Saúde da Adolescente, do Ministério da Saúde. É uma pesquisa de natureza metodológica, descritiva, transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa. O estudo foi realizado na Escola Municipal do Distrito de Lagoinha (Quixeré), com adolescentes do 6º ao 9º ano. Foram utilizadas as técnicas de Cloze e Círculo de Diálogo para se conhecer a compreensão das adolescentes sobre a saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência. Os níveis de compreensão leitora foram estabelecidos segundo Bormuth, onde, através desta técnica, percebeu-se que 92,16% das alunas do estudo apresentam nível de frustração, ou seja, possuem pouco êxito em sua compreensão leitora. Os dados do Círculo de Diálogo foram analisados através da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, onde foram identificadas 83 (oitenta e três) Expressões Centrais, as quais deram origem a 09 (nove) Ideias Centrais, dando subsídios para a redação da construção da Cartilha. Esta foi elaborada atendendo o nível de compreensão leitora em saúde das adolescentes e nas questões levantadas no Círculo de Diálogo. A nova cartilha foi avaliada pelo SAM (*Suitability Assessment of Materials*) e pelo SMOG (*Simple Measure of Gobbledygook*). Foi obtido como resultado da técnica de Cloze um percentual de 92,15% de adolescentes com nível de frustração, sendo que, a avaliação da cartilha produzida pelo procedimento SMOG ficou com leiturabilidade para a 7ª série, que equivale ao 8º ano no Brasil. Pelo procedimento SAM, a cartilha foi classificada como material superior. Espera-se, dessa forma, que a presente investigação possa contribuir na aquisição do conhecimento por parte das adolescentes, e que as mesmas consigam, ao acessar a informação, compreendê-la e aplicá-la na tomada de decisões no seu dia a dia, no que diz respeito ao seu cuidado e promoção de saúde, assim como na prevenção das doenças, promovendo a melhoria de sua qualidade de vida. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave: Adolescente. Gravidez na adolescência. Alfabetização em saúde. Promoção da saúde. Caderneta de saúde do adolescente.

ABSTRACT

Pregnancy in Adolescence is a public health problem. It is estimated that in Brazil a year one million teens become mothers. The study aimed to analyze the understanding by school adolescents about sexual health and prevention of teenage pregnancy, in dialogue with their literacy level in the context of health, through the Adolescent Health Record, the Ministry of Health. It is a research methodology, descriptive, cross-sectional, qualitative and quantitative approach. The study was conducted at the Municipal School of Lagoinha District (Quixeré), with teenagers from 6th to 9th grade. the Cloze techniques were used and Dialogue Circle to know the understanding of adolescents about sexual health and prevention of teenage pregnancy. reading comprehension levels were established according to *Bormuth* where, through this technique, it was observed that 92.16% of students study the present level of frustration, or have little success in their reading comprehension. The Dialogue Circle data were analyzed using the Collective Subject Discourse technique, which were identified 83 (eighty three) Expressions Central, which gave rise to 09 (nine) Ideas Central, giving subsidies to the drafting of the construction of the Primer . This was elaborated given the level of reading comprehension in the health of adolescents and the issues raised in the Dialogue Circle. The new booklet was evaluated by SAM (Suitability Assessment of Materials) and the SMOG (Simple Measure of Gobbledygook). Was obtained as a result of Cloze technique a percentage of 92.15% of adolescents level of frustration, and the evaluation of the booklet produced by SMOG procedure got readability for the 7th grade, equivalent to 8 years in Brazil. By SAM procedure, the booklet was classified as superior material. It is hoped, therefore, that this research can contribute to the acquisition of knowledge by the teenagers, and that they are able, to access information, understand it and apply it in making decisions in their day to day, with regard to their care and health promotion, and disease prevention, promoting the improvement of their quality of life. The study was submitted to the Ethics Committee of the State University of Ceará.

Keywords: Adolescent. Teenage pregnancy. Literacy in health. Health promotion. Adolescent health record.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Percentual geral de gravidez na adolescência no município de Quixeré e nas Unidades Básicas de Saúde de Lagoinha, distrito de Quixeré, nos anos de 2004 a 2014.....	40
Quadro 2 – Folha de pontuação SAM	48
Quadro 3 – Distribuição da proporção das ideias centrais dos depoimentos.	54
Quadro 4 – Análise da leiturabilidade da cartilha por parte dos adolescentes na faixa etária de 11 a 14 anos de idade, da escola municipal do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará.....	74
Quadro 5 – Resultado da análise da adequação da cartilha para adolescentes da escola municipal do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará na faixa etária de 11 a 14 anos de idade, segundo os critérios do Suitability Assessment of Materials (SAM)	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ancoragem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMPSCA	Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECH	Expressões Chaves
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideias Centrais
INAF	Indicador de Alfabetismo Funcional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SAM	<i>Suitability Assessment of Materials</i>
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMOG	<i>Simple Measure of Gobbeledygook</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNPA	Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS.....	18
2.2	EDUCAÇÃO CIENTÍFICA NA ADOLESCENTE: O LETRAMENTO E A SAÚDE.....	20
2.2.1	Letramento em contextos de saúde: o procedimento Cloze	26
2.2.2	O Diálogo: descobrindo o significado e encontrando o sentido	30
2.3	A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	36
3	OBJETIVOS	40
3.1	GERAL.....	40
3.2	ESPECÍFICOS.....	40
4	METODOLOGIA	41
4.1	NATUREZA E TIPO DE PESQUISA.....	41
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	41
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	42
4.4	PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	43
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	43
4.6	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.6.1.	A passagem de Cloze	44
4.6.2	O círculo de diálogo	44
4.6.3	A cartilha: promovendo a saúde e prevenindo a gravidez na adolescência	46
4.6.4	O SAM	47
4.6.5	O SMOG	48
4.7	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	49
4.8	LIMITAÇÕES.....	51
4.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5	RESULTADOS	53
5.1	ESTUDO EXPLORATÓRIO: COMPREENSÃO LEITORA E CÍRCULO DE DIÁLOGO.....	53

5.2	TECNOLOGIA EM SAÚDE: A CARTILHA.....	58
5.2.1	Fala das adolescentes sobre a construção da cartilha.....	58
5.2.2	Fala das adolescentes sobre Sexualidade.....	58
5.2.2.1	Trecho da Cartilha sobre Sexualidade.....	58
5.2.3	Fala das adolescentes sobre Gênero.....	59
5.2.3.1	Trecho da Cartilha sobre Gênero.....	59
5.2.4	Fala das adolescentes sobre Autonomia frente às pressões.....	60
5.2.4.1	Trecho da Cartilha sobre Autonomia frente às pressões.....	61
5.2.5	Fala das adolescentes sobre conversa em família.....	62
5.2.5.1	Trecho da Cartilha sobre Conversa em Família.....	63
5.2.6	Fala das adolescentes sobre estar Grávida na Adolescência.....	64
5.2.6.1	Trecho da Cartilha sobre estar Grávida na Adolescência.....	64
5.2.7	Fala das adolescentes sobre causas da Gravidez na Adolescência...	65
5.2.7.1	Trecho da Cartilha sobre causas da Gravidez na Adolescência.....	65
5.2.8	Fala das adolescentes sobre prevenção da gravidez na adolescência	66
5.2.8.1	Trecho da Cartilha sobre Prevenção da Gravidez na Adolescência	66
5.2.9	Fala das adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis	69
5.2.9.1	Trecho da Cartilha Sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	70
5.2.10	Trechos da Cartilha Sobre o Órgão Reprodutor Masculino e Feminino	70
5.3	Verificação da adequação do conteúdo da Cartilha	72
5.3.1	Segundo o instrumento SMOG (<i>Simple Measure of Gobbedygook</i>)	72
5.3.1.1	10 Sentenças do Início do Texto da Cartilha.....	72
5.3.1.2	10 Sentenças do Meio do Texto da Cartilha	72
5.3.1.3	10 Sentenças do Final do Texto da Cartilha.....	73
5.3.2	Segundo o instrumento SAM (<i>Suitability Assessment of Material</i>)	75
6	DISCUSSÃO.....	78
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS	89
	APENDICE A – PASSAGEM DE CLOZE/TEXTO LACUNADO (TÉCNICA DE CLOZE).....	99
	APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102

APENDIC E C – TERMO DE ASSENTIMENTO.....	103
APENDICE D – SOLICITAÇÃO DE PERMISSÃO À SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ.....	104
APÊNDICE E – CARTILHA – VIVENDO A ADOLESCÊNCIA: GRANDES DESCOBERTAS.....	105
ANEXO A – QUADRO 2 – FOLHA DE PONTUAÇÃO SAM.....	116
ANEXO B – CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO DO SAM.....	117
ANEXO C – CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO DO SMOG.....	125
ANEXO D – PARECECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	126
ANEXO E – TERMO DE ANUÊNCIA.....	130

]

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa do crescimento e desenvolvimento da vida do ser humano, marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais, sendo compreendida entre a infância e a fase adulta (GUANABABENS *et al.*, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescência é o período da vida entre 10 e 19 anos de idade, em que ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social. Os limites etários inferiores e os superiores dessa fase variam individual e coletivamente. E por ser um período de inserção social, bem como de construção do indivíduo, este pode ser entendido como de risco e vulnerabilidade (OMS, 1989; SILVA; SURITA, 2012).

Macedo *et al.* (2013), afirmam que segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), bem como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é considerada como um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, onde se apressam o desenvolver cognitivo e a estrutura da personalidade. A adolescência pode ser dividida em dois momentos: pré-adolescência, que compreende a faixa etária de 10 a 14 anos, e adolescência propriamente dita, que vai dos 15 anos até os 19 anos.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o censo de 2010 indica 190.732.694 pessoas para a população brasileira. Destes, 45 milhões são adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, representando pouco mais de 23% da população nacional. Trata-se de um grupo com grande expressividade populacional, daí sua importância social e política no cenário atual (IBGE, 2012).

Segundo Silva e Surita (2012), mundialmente, os casos de fertilidade na adolescência alcançam um número de 18 milhões de meninas, abaixo dos 20 anos, dando à luz a cada ano. Desse número, 2 milhões correspondem a meninas que estão na faixa etária menor de 15 anos. Na história da humanidade, esta é a maior coorte de adolescentes e jovens nos últimos tempos.

De acordo com o relatório sobre a situação da População Mundial, de 2013, publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNPA), é destacado que, diariamente, 20 mil meninas, com menos de 18 anos, dão à luz em países em desenvolvimento, sendo que nestes países, aproximadamente 70 mil dessas meninas morrem por ano, devido a causas relacionadas à gravidez e ao parto. O referido relatório ainda ressalta que, de 7,3 milhões de novas mães adolescentes, 2 milhões têm menos de 15 anos, todavia, permanecendo essa tendência, esse número poderá chegar em 2030 ao patamar de três milhões por ano (UNPA, 2013).

No Brasil, a gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública. Estima que, no Brasil, 1 milhão de adolescentes dão à luz a cada ano, o que nos leva a um percentual, de gravidez na adolescência, de 20% do total de nascidos vivos. Este percentual é representado pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Por uma série histórica dos últimos cinco anos, (2007-2011), obtém-se, respectivamente, os seguintes percentuais de Nascidos Vivos de Mães Menores de 20 Anos: 21,92%; 21,23%; 20,82%; 20,23% e 20,12% (BRASIL, 2013).

Este fenômeno tornou-se mais evidente no Brasil devido ao aumento da proporção de nascidos vivos de mães menores de 20 anos, observado ao longo da década de 1990, passando de 16,38%, em 1991, para 21,34%, em 2000, (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Dias e Teixeira (2010) ressaltam que, frente ao aumento no número de adolescentes grávidas, neste mesmo período apresentou-se baixa taxa de fecundidade nas faixas etárias acima de 25 anos.

Nesse mesmo período, com base no SINASC, o Estado do Ceará apresentou, respectivamente, os percentuais de 24%; 23,21%; 22,57%; 22,02% e 22,14%, de nascidos vivos de mães menores de 20 anos, valores acima da média nacional (BRASIL, 2013).

A população do Estado do Ceará é de 8.452.381. Destes, 1.694.117 estão na faixa etária de 10 a 19 anos, representando 20% da sua população. No município de Quixeré, onde a pesquisa se desenvolveu, a faixa que compreende entre 10 e 19 anos apresenta-se com 3.910 pessoas, representando também 20%

desta população (IBGE, 2012). Valendo ressaltar que, nesta última década, o referido município vem apresentando um percentual sempre acima de 20% dos partos entre adolescentes. Sendo o Distrito de Lagoinha quem mais contribui para a elevação desse índice, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), durante os anos de 2002 a 2012.

O Distrito de Lagoinha, do município de Quixeré, é o maior distrito do referido município, e possui como característica a presença de muitos bares, prostíbulos, grandes empresas e a presença de drogas lícitas e ilícitas. Conta com uma equipe de saúde bucal e saúde da família, que, constantemente, ao longo dos anos, vêm trabalhando na promoção e prevenção de doenças, sempre com ênfase na prevenção da gravidez na adolescência. Mesmo com todos os trabalhos desenvolvidos por parte da equipe de saúde, este indicador ainda permanece acima do esperado. Frente ao exposto, surgiu o interesse em pesquisar sobre esta problemática nesse distrito.

Por meio da educação em saúde buscam-se avanços, no sentido de diminuir a gravidez na adolescência, pois, ao absorver os conhecimentos, o adolescente passará a tomar decisões sobre seu estilo de vida de forma mais consciente, com maior responsabilidade. Nessa perspectiva é onde se encontra o constructo “Letramento Funcional em Saúde”. Dentre as diferentes concepções do fenômeno, ainda em construção, ele pode ser concebido como “o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde” (RATZAN; PARKER, 2000).

Estudos consideram que o Letramento Funcional em Saúde é um fator importante no desenvolvimento das habilidades relacionadas às questões do cuidado de si (KUTNER; GREENBER; PAULSEN, 2006; JOVIC-VRANES; BJEGOVIC-MIKANOVIC; MARINKOVIC, 2009; BOREN, 2009; WHCA, 2010), e que sua baixa competência nesse quesito prejudica a compreensão das informações que os usuários recebem dos profissionais de saúde. A qualidade da atenção à saúde e o sucesso em seu gerenciamento perpassa pela compreensão acerca das informações que sejam relevantes para as condições dos pacientes, agudas ou crônicas (RAWSON; GUNSTAD, HUGHES, 2009).

Diante do exposto, o problema que orienta o presente estudo se dirige à seguinte questão: A compreensão das adolescentes escolares, do município de Quixeré, acerca dos aspectos relacionados à sexualidade e redução da gravidez na adolescência, contidos na Caderneta de Saúde da Adolescente, do Ministério da Saúde, é suficiente para a promoção da saúde e a prevenção da gravidez precoce neste grupo específico? É neste sentido que este estudo busca avaliar o entendimento, por parte dos adolescentes, acerca da Caderneta do Adolescente (BRASIL, 2007), uma vez que esta é uma ferramenta utilizada pelo Ministério da Saúde como forma de promoção à saúde dirigida a este grupo alvo (HUNING, 2011). Para tanto, a compreensão sobre a caderneta, por parte dos adolescentes, será captada em interlocução com seu nível de compreensão leitora no contexto da saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para a realização dessa pesquisa, tornou-se necessário realizar uma revisão bibliográfica, no intuito de sintetizar diversos estudos publicados acerca do referido tema. Portanto, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados online durante o período de março a setembro de 2014. Foram utilizados os seguintes descritores: gravidez na adolescência, alfabetização em saúde, promoção à saúde e caderneta de saúde do adolescente.

2.1 ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS

A adolescência pode ser definida como um processo fundamentalmente biológico e cognitivo, de vivências orgânicas, no qual o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade são acelerados (MACEDO *et al.*, 2013).

É definida também como o momento da vida em que as características sexuais secundárias surgem, e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta (MENDONÇA *et al.*, 2012).

Portanto, torna-se evidente que no período da adolescência ocorre um aumento no interesse sexual, em decorrência das alterações hormonais, bem como pelo contexto psicossocial que ele convive (MENDONÇA *et al.*, 2012).

A adolescência apresenta-se com características de um período confuso, de formação de identidade e de autoestima, onde surgem as cobranças por responsabilidade aliadas ao desejo de liberdade a ser conquistado (CORTEZ *et al.*, 2013).

As características dessa faixa etária são evidentes nos aspectos físicos, sociais e psicológicos, sendo importante que esta etapa da vida não seja concebida apenas como um período banal a ser vivido pelo indivíduo. Pois, se assim fosse, consistiria em um conceito reducionista, já que é neste período que a personalidade e a identidade são construídas (SOUSA; PIMENTA, 2013).

Tem-se que a adolescência é o momento de transição entre fase infantil e a adulta, onde uma das principais transformações, neste período, é a passagem à sexualidade com o parceiro (GUANABENS *et al.*, 2012).

O adolescente deve ser considerado um ente importante para o processo de transformação social, pois este grupo etário é numeroso na população brasileira. Trata-se de um grupo com expressividade populacional, daí sua importância social e política no cenário atual (IBGE, 2012).

Muitos são os parâmetros utilizados para definir os limites de idade da *adolescência* e *juventude*. As delimitações por faixa etária são questionadas, pois a *juventude* se trata de um processo a ser compreendido mediante condições econômicas, políticas e sociais, que determinam comportamentos individuais e grupais (RAMOS; PEREIRA; ROCHA, 2006). Portanto, não existe um consenso para a definição dos termos *adolescência* e *juventude*. Neste estudo, será considerada a concepção dada por Matheus (2002). Para o autor, o uso do termo *adolescência* torna-se mais comum no campo da psicanálise e da psicologia, enquanto que *juventude* seria mais usado na sociologia e na história. Segundo o autor:

[...] o termo *adolescência* parece ser privilegiado no campo da psicologia e da psicanálise, que tem como foco a singularidade do sujeito (toma-se o indivíduo como ser psíquico, pautado pela realidade que constrói e por sua experiência subjetiva), ao passo que a noção de *juventude* é mais usada na sociologia e na história, que priorizam uma leitura do coletivo (como corpo social determinado pelo contexto do qual faz parte e que é resultado da história que o precede) (MATHEUS, 2002, p. 83).

“O processo de crescimento humano conduz o indivíduo a uma sucessão de conflitos, de natureza interna e externa, o que, na sua maioria, pode levar o indivíduo a uma crise. Ao final, este indivíduo sairia com um ganho para ele, pois ocorreria aumento de identidade interior. Vale ressaltar também que as características morais também teriam ganhado, pois, sempre ao final de uma crise, há aumento na capacidade de agir dentro de seus próprios padrões” (ERIKSON, 1987, p,130).

“A adolescência é a última fase da infância. Contudo, o processo adolescente só está inteiramente concluído quando o indivíduo subornou suas identificações da infância a uma nova espécie de identificação, realizada com a

absorção da sociabilidade e a aprendizagem competitiva com (e entre) os companheiros de sua idade” (ERIKSON, 1987, p.156).

Frente às condições próprias da adolescência, essa etapa se apresenta pela fragilidade aos fatores de risco. Estes fatores são relacionados a gênero; problemas genéticos; carência de habilidades sociais; intelectuais e características psicológicas limitadas; riscos ambientais, como a violência, ausência ou fragilidade de suporte social e afetivo e baixo nível socioeconômico (PALUDO; KOLLER, 2005).

O termo “comportamento de risco” relaciona-se às ações que se apresentam como ameaças ao desenvolvimento saudável que o adolescente pode alcançar, superando situações aversivas, que não são isoladas, mas integradas às suas vivências nas interações estabelecidas com pessoas, objetos e símbolos pelas atividades cotidianas, de desempenho de papéis e da internalização de significados, tanto no seu microsistema, quanto na sua integração com macro sistema (MARTINS; SZYMANSKI, 2004; MORAIS; KOLLER, 2004; YUNES, MIRANDA; CUELLO, 2004).

Sabe-se que a qualidade das interações vivenciadas ao longo de todo o ciclo vital é influente na exposição ao risco e, também, na promoção da resiliência, definida como a retomada de processos saudáveis de desenvolvimento quando há exposição ao risco (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

2.2 EDUCAÇÃO CIENTÍFICA NA ADOLESCÊNCIA: O LETRAMENTO E A SAÚDE

A educação em saúde deve ser percebida como um importante fator destinado à prevenção, e que esta deve estar preocupada com a melhoria da qualidade de vida das populações (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Segundo o referido autor, esta surge como uma ferramenta de participação popular nos serviços de saúde, e concomitantemente, se torna arraigada na intervenção da ciência no cotidiano do indivíduo, família e comunidade.

Oliveira e Gonçalves (2004, p. 761) citam o Ministério da Saúde (1998), quando colocam que:

Para alcançar um nível adequado de saúde, as pessoas precisam saber identificar e satisfazer suas necessidades básicas. Devem ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Neste sentido a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida.

Quando se lida com adolescentes, que é a população alvo deste estudo, adolescentes entre 11 e 14 anos, pode vir a ser um desafio, já que esta fase é marcada por mudanças intensas e em várias dimensões, sejam elas de natureza física, psicológica e sociocultural. Este processo, na maioria das vezes, é vivido de forma conflituosa, e quase sempre sem uma escuta receptiva por parte da família ou profissionais de saúde (FERREIRA, 2006).

Portanto, é neste processo de mudanças que o adolescente é chamado a refletir sobre suas próprias ideias, significados, construir e reconstruir saberes e práticas, e dessa forma, tomar decisões de forma consciente, sabendo discernir o que é certo ou errado, que decisões tomar para ter uma vida saudável, com escolhas acertadas (FERREIRA, 2006).

A educação para a ciência tem sido discutida em todo o mundo, com a titulação *scientific literacy*, ou aliada aos conhecimentos ligados à tecnologia, com a designação de *scientific and technological literacy*. O termo *literacy*, tendo como base referência artigos da literatura inglesa e que fazem menção ao processo de *Alfabetização Científica*, pode ser traduzido para o português como *alfabetização* ou como *letramento*, ou *literacia*, no português de Portugal. Vale ressaltar que a tradução correta do termo deveria ser *alfabetismo* e não *alfabetização*. Sendo que a palavra *alfabetismo* encontra-se no dicionário como “*estado ou condição de alfabetizado*”, que é a capacidade de ler, compreender, escrever e operar números, mas não é uma palavra frequente. Na tentativa de um vocábulo que se aproximasse melhor da definição em inglês do termo *literacy*, adotou-se uma palavra nova, o *letramento* (SOARES, 2006, p. 18). *Letramento* apareceu, portanto, como um neologismo na Língua Portuguesa.

A expressão *alfabetização científica (scientific literacy)* é mais frequente nos Estados Unidos, sendo percebida na Inglaterra como *compreensão do público sobre a ciência* e na França como *La culture scientifique*. O termo foi lançado por

volta dos anos 1950 e é concedido a Paul Hurd, aparecendo numa publicação intitulada "*Science literacy: its meaning for American schools*" (HURD, 1958). Portanto, a ideia de que a população deva ter algum conhecimento sobre a ciência já estava presente desde o início do século passado (SHAMOS, 1995).

O significado de origem da palavra alfabetizar é "*levar à aquisição do alfabeto, ou seja, ensinar o código da língua escrita, ensinar as habilidades de ler e escrever*" (SOARES, 1985, p. 20). Portanto, a alfabetização deve ser um processo de aquisição do código escrito, das habilidades de leitura e de escrita, conduzindo ao debate em torno dos significados que os termos ler e escrever tem em nossa língua. Neste caso, a partir de argumentos apresentados por Soares (1985, p. 21), pode-se conceituar a alfabetização como um "processo de representação de fonemas em grafemas, e vice-versa, mas é também um processo de compreensão/expressão de significados pelo código escrito".

Soares (2006) considera que aprender a ler e escrever, ou seja, tornar-se *alfabetizado*:

[...] tem consequências sobre o indivíduo, e altera seu *estado* ou *condição* em aspectos sociais, psíquicos, culturais, políticos, cognitivos, linguísticos e até mesmo econômico; do ponto de vista social, a introdução da escrita em um grupo até então ágrafo tem sobre esse grupo efeitos de natureza social, cultural, política, econômica, linguística. O "estado" ou a "condição" que o indivíduo ou grupo social passam a ter, sob o impacto dessas mudanças, é que é designado por *literacy* (p. 17-18).

Segundo Soares (2006, p. 21), no Brasil houve uma mudança na interpretação do acesso à leitura e à escrita, que passou de uma mera aquisição da 'tecnologia' do ler e do escrever à inserção nas práticas sociais de leitura e escrita, resultando no aparecimento do termo *letramento* ao lado do termo *alfabetização*. A palavra *letramento* apareceu pela primeira vez em 1986 introduzida por Kato (1986, p. 7) quando a autora comenta que:

[...] acredito ainda que a chamada norma-padrão, ou língua falada culta, é consequência do *letramento*, motivo por que, indiretamente, é função da escola desenvolver no aluno o domínio da linguagem falada institucionalmente aceita.

Dessa forma, em 1988 foi introduzida, por Tfouni, essa expressão na área da educação, através do livro “Adultos não alfabetizados: o avesso do avesso”, permitindo, assim, outras publicações com essa mesma terminologia: “Os significados do letramento” (KLEIMAN, 1995); “Alfabetização e letramento” (TFOUNI, 1995).

A *palavra letramento* é traduzida para o português a partir da palavra inglesa literacy, definida pelos dicionários como the condition of being literate (littera: latin = letra; cy. sufixo = qualidade, condição, estado), ou seja, “a condição de ser letrado” (SOARES, 2006, p. 35). Portanto, Letramento pode ser conceituado como “Resultado da ação de ensinar e aprender as práticas sociais de leitura e escrita”; “O estado ou condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de ter-se apropriado da escrita e de suas práticas sociais” (SOARES, 2006, p.39). A concepção de *letramento científico* resulta dessa compreensão de *letramento*, mencionado por Soares, sendo, portanto, utilizado mais especificamente quando o seu significado se refere ao uso social do conhecimento científico (SANTOS, 2007, p. 474).

No Brasil, Chassot (1993, p. 91) faz menção à ciência como “uma linguagem para facilitar nossa leitura do mundo natural”, e nessa compreensão ele crê que o perfil do mundo natural ajuda no entendimento de nós mesmos e do ambiente que nos cerca. Para o referido autor, a ciência é como “uma linguagem construída pelos homens e pelas mulheres para explicar nosso mundo natural” e a concepção desse processo está relacionado a “compreender a linguagem na qual está sendo escrita a natureza”. O autor considera, ainda, que:

Entender a ciência nos facilita, também, contribuir para controlar e prever as transformações que ocorrem na natureza. Assim, teremos condições de fazer com que essas transformações sejam propostas, para que conduzam a uma melhor qualidade de vida. Isto é, a intenção é colaborar para que essas transformações que envolvem o nosso cotidiano sejam conduzidas para que tenhamos melhores condições de vida (*op. cit.*, p. 91).

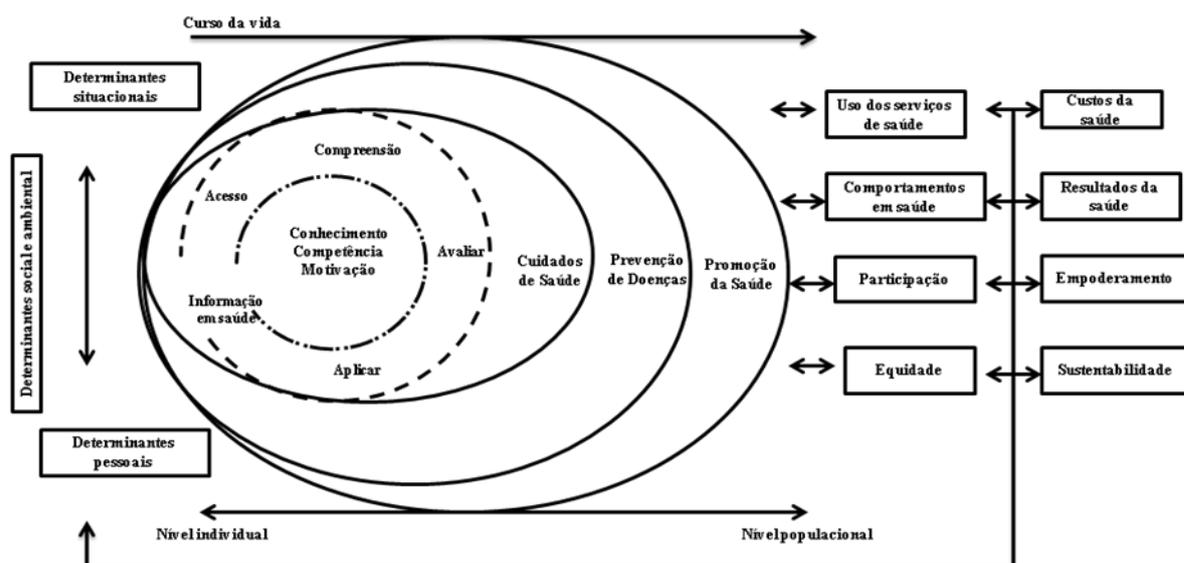
Portanto, o autor menciona à *Alfabetização Científica* como “o conjunto de conhecimentos que facilitariam aos homens e mulheres fazer uma leitura do mundo onde vivem” (CHASSOT, 2006, p. 19). Segundo este “é um *analfabeto científico* aquele incapaz de uma leitura do universo” (CHASSOT, 2003, p. 91).

De acordo com esta visão sobre *Alfabetização Científica*, o *Letramento Funcional em Saúde* apresenta-se como um novo campo em uso do conhecimento, gerado em outros espaços acadêmicos (ZARCADOOLAS; PLEASANT; GREER, 2005), como nas ciências sob a denominação de *Scientific Literacy* (HURD, 1958) e expandindo para outras vertentes da área científica: nas ciências ambientais como *Ecological Literacy* (ORR, 1992; CAPRA, 1995), nas ciências biológicas, *Biological Literacy* (MILLER, 2011); na matemática, *Mathematical Literacy* (*Organisation for Economic Co-operation and Development – Programme for International Student Assessment* (OECD/PISA, 2009), na ciência da nutrição, campo da saúde, *Nutritional Literacy* (DIAMOND, 2007), dentre outros.

O termo Letramento em Saúde foi introduzido ao vocabulário da saúde recentemente, pois, anteriormente, tanto a educação como a comunicação, nesta área, já estavam estabelecidas como integrantes da relação paciente-profissional de saúde (COLBERT, 2007). O fenômeno Letramento em Saúde pode ser medido, mostrando o quanto a pessoa é capaz de ser bem sucedida nos diferentes contextos de saúde, a saber: compreender bem os rótulos de medicamento, navegar no sistema de saúde, aplicar as orientações dos guias de saúde em sua vida diária, dentre outras. (COLBERT, 2007).

O conceito de Letramento Funcional em Saúde mais recente é o de Sorensen *et al.* (2012) que o define como: “O conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida”(SORENSEN *et al.*, 2012, p. 3). Na perspectiva do modelo integrado, esse processo é contínuo, independentemente da pessoa estar doente, em risco de adoecer, participando de algum sistema de prevenção e promoção da saúde em sua comunidade, no local de trabalho, no sistema educacional, dentre outros (FIGURA 1).

FIGURA 1 – F Modelo conceitual integrado de Letramento Funcional em Saúde



Fonte: Sorensen *et al.*, 2012.

Os autores Kwan, Frankish e Rootman (2006) distinguem o *Letramento Funcional em Saúde* do *Letramento em um Contexto de Saúde*, quando discriminam os instrumentos de medida nas duas situações. Para os mesmos, os meios pelos quais o Letramento Funcional em Saúde têm sido mensurado levam em consideração as seguintes categorias:

- 1) Instrumentos de Letramento em Saúde;
- 2) Outros instrumentos que buscam ou medem indiretamente o Letramento Funcional em Saúde. Sendo que, para este último, se dá caso os autores considerem o letramento em um contexto de saúde.

O termo “contextos de saúde” pode levar em consideração a mídia, o mercado, as agências governamentais, os materiais e as pessoas em interação (casa, trabalho, instituições de saúde, com atividades relacionadas à família, comunidade, lazer) a partir dos quais as informações básicas de saúde devem ser transmitidas de forma adequada, por serem igualmente importantes para as habilidades pessoais de Letramento Funcional em Saúde e para a interação do indivíduo com tais contextos (RUDD, 2003; RUDD; COMING; HYDE, 2003; IOM, 2004).

2.2.1 Letramento em contextos de saúde: o procedimento Cloze

A técnica de Cloze é um dos procedimentos para a avaliação da compreensão em leitura. No Cloze é aplicado um texto de aproximadamente 200 vocábulos, do qual, na proposta original do autor, omite-se o quinto vocábulo, como forma mais adequada para o diagnóstico da compreensão. Os examinados deverão preencher a lacuna com a palavra que julgarem ser a mais apropriada para a constituição de uma mensagem coerente e compreensiva. Os escores são obtidos somando-se os números de lacunas preenchidas corretamente.

A técnica de Cloze é um procedimento para determinar a leiturabilidade relativa, sendo utilizada pela primeira vez por Wilson Taylor em 1953 (FRAM, 1972; WALTER, 1974; SANTOS *et al.*, 2002; MARTINS; FILGUEIRAS, 2007; JOLY; ISTOME, 2008). Wilson Taylor selecionou um texto com aproximadamente 200 vocábulos, em que sempre era omitida a quinta palavra, sendo esta substituída por um espaço em branco, onde o leitor poderia preencher com a palavra que lhe fosse mais apropriada para completar o sentido do texto (MARTINS; FILGUEIRAS, 2007). O procedimento foi denominado pelo autor de “*the cloze procedure*”. O termo tem origem em “*closure*”, usado na psicologia gestalt (FRAM, 1972; WALTER, 1974). *Closure*, o princípio operacional da psicologia gestalt, princípio de fechamento, admite que a mente humana reage a padrões familiares, mesmo que ela receba informações incompletas. Especula-se que este princípio faz parte do instinto de sobrevivência, permitindo à presa completar a forma de um predador, mesmo que ela tenha informações incompletas deste (USASK, 2012).

O procedimento Cloze foi inicialmente desenvolvido para avaliar a leiturabilidade de textos, e mais tarde passou a ser utilizado para o ensino de leitura (GUICE, 1969; ALLIENDE; CONDEMARIN, 1987; RAYMOND, 1988; SANTOS, 2005; FARAHANI, 2011).

Para Allende e Condemarín (1987) e Smith (1989), a omissão dos vocábulos pode ser a cada 5 a 11 palavras da passagem considerada na leitura, que são substituídas por lacunas. Quanto ao preenchimento dos espaços em branco, as palavras podem ser pensadas exclusivamente pelo leitor, que decidirá se ela se encaixa na lacuna (este é o modelo padrão do teste de Cloze), ou então quando o

procedimento de *cloze é de múltipla escolha*, sendo este um modelo elaborado por Djiwan-dono, citado por Seken (2004, p. 4). Nesse tipo de procedimento de múltipla escolha são disponibilizadas quatro opções, sendo que apenas uma corresponde à palavra exata omitida no texto. Portanto, o entrevistado escolhe, dentre as quatro alternativas, a palavra que completa o sentido da sentença. O TOFHLA (Teste of Functional Health Literacy in Adults- Teste de Literacia da Saúde Funcional em Adultos) (PARKER *et al.*, 1995) é um instrumento que possui esse formato.

Bormuth (1967) considera que os testes de leiturabilidade de Cloze são construídos de formas variadas, mas que, quando eles são usados para medir as dificuldades de compreensão de textos escritos, os investigadores/educadores usam um conjunto de procedimentos específicos denominados *técnica cloze de leiturabilidade*.

O procedimento de Cloze está assentado na redundância e na restrição sequencial (SMITH, 1989). A redundância é um recurso auxiliar da linguagem, cujo objetivo é fixar um mesmo plano de significado (LOPES *et al.*, 2010). Esse fenômeno existe toda vez que uma mesma informação se encontra disponível em mais de uma fonte, como, por exemplo, nos recursos audiovisuais em que a mesma informação é ouvida e visualizada concomitantemente (SMITH, 1989). A utilização da redundância para a eliminação seletiva de alternativas é uma das habilidades básicas na leitura. Quanto maior a quantidade de redundância que houver no texto, menos informação visual será necessária para um leitor experiente. Nas passagens de um texto contínuo, se a linguagem for familiar e o conteúdo não possuir muitas dificuldades, uma ou outra letra pode ser eliminada da maioria das palavras, ou, considerando as palavras, cerca de uma em cinco, pode ser completamente omitida ou ignorada, sem que a passagem se torne difícil de ser compreendida (SMITH, 1989). Sendo assim, a técnica de Cloze pode ser concebida como um instrumento de avaliação da capacidade do leitor para fazer uso da redundância contida em textos escritos. Somente quando uma pessoa é capaz de se beneficiar da redundância será capaz de entender a passagem omitida no procedimento de Cloze (SMITH, 1989; SEKEN, 2004).

A restrição sequencial representa a predição de elementos na mensagem. Significa dizer que o usuário da linguagem é capaz de prever os elementos linguísticos que aparecerão em um contexto particular de comunicação, com base em pistas dadas (SMITH, 1989; SEKEN, 2004).

Em compreensão de leitura, o leitor que possui alta capacidade de “expectativa gramatical” será capaz de prever a ocorrência de certas palavras ou até mesmo frases em uma passagem, desde que tenham pistas suficientes (SEKEN, 2004). “A previsão é o núcleo da leitura” (SMITH, 1989, p. 34).

Smith (1989) considera que com a previsão, um significado potencial é trazido para os textos, reduzindo a ambiguidade e eliminando antecipadamente as alternativas que não sejam relevantes. Aliás, essa é a definição de previsão para Smith (1989, p. 35): “a eliminação anterior de alternativas improváveis”. O leitor realiza previsões no sentido de reduzir a incerteza, objetivando reduzir a quantidade de informações externas. “A base da compreensão é a previsão” (SMITH, 1989, p. 39). A técnica de Cloze, tomada a partir do ponto de vista da previsão, pode ser pensada como uma medida de compreensão de leitura em função do nível de expectativas gramaticais do leitor (SMITH, 1989; SEKEN, 2004).

Segundo Passamai (2012), o instrumento elaborado para medir a compreensão leitora segundo a técnica de Cloze deve obedecer a algumas regras (ALLIENDE; CONDEMARIN, 1987):

1. Geralmente as omissões são feitas a cada cinco palavras, isto é, são conservadas quatro palavras no texto e a quinta é omitida;
2. Não se devem omitir nomes próprios;
3. O primeiro e o último período do texto são conservados intactos;
4. Podem ser suprimidos substantivos, verbos ou alguma expressão;
5. Não suprimir adjetivos;
6. A palavra omitida deve ser substituída por uma linha, conservando sempre o mesmo tamanho;
7. Um parágrafo de Cloze deve ter entre 50 e 250 palavras.

Na aplicação do teste, deve ser passada a orientação de que o aluno/entrevistado leia todo o texto, pensando seguidamente na palavra que completaria o espaço em branco. Em seguida, a pessoa deve ser orientada a reler e ir completando as lacunas. Deve ser concedido tempo suficiente para essa tarefa.

Passamai (2012) menciona que, na pontuação e interpretação do teste, a maioria dos autores defende que, para fins estatísticos, as lacunas só poderão ser preenchidas com as palavras exatas que foram omitidas (ALLIENDE; CONDEMARIN, 1987). O método de pontuação da palavra exata possui maior confiabilidade para fins estatísticos, porque, segundo Allende e Condemarin (1987, p. 143) ao aceitar os sinônimos “diminui a confiabilidade entre os examinadores (estes podem divergir em relação a qual sinônimo aceitar)” (ALLIENDE; CONDEMARIN, 1987; SEKEN, 2004).

John R. Bormuth é um dos maiores estudiosos sobre o tema do procedimento de Cloze, sendo uma das referências mais citadas na literatura (WALTER, 1974; ALLIENDE; CONDEMARIN, 1987; SANTOS *et al.*, 2002; MARTINS; FILGUEIRAS, 2007). Ele elaborou critérios para análise da técnica de Cloze por meio de cálculos simples, que variam de 0% - 100% (BORMUTH, 1967). Os parâmetros que classificam os níveis de compreensão leitora são:

1. 0% - 44% - Nível: Frustração. Significado: pouco êxito na compreensão leitora;
2. 45% - 57% - Nível: Instrucional. Significado: a compreensão da leitura é suficiente, mas indica que necessita de auxílio;
3. 58% - 100% - Nível: Independente. Significado: autonomia da compreensão.

Alliende e Condemarin (1987) discutem que, dentre as vantagens apresentadas pela técnica de Cloze, estão: a facilidade em sua elaboração; a elaboração, aplicação e interpretação não necessitam ser realizadas por especialistas; as respostas emitidas pelos alunos são baseadas em chaves dadas pelo próprio texto, sem a interferência do investigador; a técnica serve para determinar se os alunos são capazes de utilizar as chaves semânticas e sintáticas, além de permitir ao aluno verificar sua capacidade de predição, dentre outras.

2.2.2 O Diálogo: descobrindo o significado e encontrando o sentido

A palavra *Diálogo* é oriunda do grego *diálogos*. Sendo que: *Dia* significa através e *Logos* significa palavra, ou, de forma mais abrangente, entende-se como diálogo o significado ou sentido da palavra. Bohm argumenta que no diálogo um grupo acessa um “conjunto de significado comum, que não pode ser acessado individualmente”. “O todo se organiza em partes”, em vez de tentar se encaixar as partes no todo (SENGE, 2002. p. 268). Paulo Freire vê o *Diálogo* como um encontro entre os homens, visando à tarefa comum de saber agir:

Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?

Como posso dialogar, se me admito como um homem diferente, virtuoso por herança, diante dos outros, meros “isto”, em quem não reconheço *outros eu*?

Como posso dialogar, se me sinto participante de um gueto de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos os que estão fora são “essa gente”, ou são “nativos inferiores”?

Como posso dialogar, se parto de que a *pronúncia* do mundo é tarefa de homens seletos e que a presença das massas na história é sinal de sua deterioração que devo evitar?

Como posso dialogar, se me fecho à contribuição dos outros, que jamais reconheço, e até me sinto ofendido com ela?

Como posso dialogar se temo a superação e se, só em pensar nela sofro e definho? (FREIRE, 1987, p. 80-81).

O significado do Diálogo, na concepção do físico David Bohm (1917-1992), foi sistematizado nas “Organizações que Aprendem”, tendo como seu referencial a obra “A Quinta Disciplina¹: arte e prática das organizações que aprendem”², de Peter Senge (2002). De acordo com este autor, a prática do Diálogo, com essa abordagem, teve seu início no campo da Administração, logo depois se

¹ Os componentes de uma inovação em engenharia são denominados ‘tecnologias’. “Para uma inovação no comportamento humano, os componentes precisam ser vistos como *disciplinas*. [...] Uma disciplina é um caminho de desenvolvimento para a aquisição de determinadas habilidades ou competências” (SENGE, 2002, p. 44). As cinco *disciplinas* são: ‘Domínio Pessoal’; ‘Modelos Mentais’; ‘Visão Compartilhada’; ‘Aprendizagem em Equipe’; ‘Pensamento Sistêmico’. “É vital que as cinco disciplinas se desenvolvam como um conjunto [...] Por isso, o pensamento sistêmico é a quinta disciplina, aquela que integra as outras, fundindo-as em um corpo coerente de teoria e prática” (SENGE, 2002, p. 45).

² Organizações que Aprendem (*Learning Organization*): São as organizações em que as pessoas continuamente expandem a capacidade de criar os resultados que elas verdadeiramente desejam; novos padrões e maneiras expansivas de pensar são nutridos; a aspiração coletiva é libertada; as pessoas estão continuamente aprendendo a ver o todo (SENGE, 2002).

expandindo para outras áreas, como educação, saúde, órgãos governamentais, instituições sem fins lucrativos, empresas familiares, religião, dentre outros (SENGE, 2002).

David Bohm (*op. cit.*, p. 268) quando citado por Senge (2002), faz menção de que o *Diálogo* é um processo de comunicação grupal, dirigido para entender a natureza e o poder do pensamento coletivo, e como isto dá forma à cultura de um grupo. Um dos objetivos que se deseja alcançar com o *Diálogo* é atingir uma transformação na consciência coletiva. Ou seja, “Começa a surgir um novo tipo de mentalidade, baseado no significado comum. As pessoas não estão mais em oposição, mas participando desse conjunto de significado comum, capaz de desenvolvimento de mudança constante” (SENGE, *op. cit.*, p. 268).

O grande propósito do *Diálogo* é ir além de qualquer compreensão individual. É usado numa grande variedade de ambientes. Trata-se de uma ferramenta útil em todos os âmbitos e oportunidades em que se torna necessário mudar o modo habitual de perceber o mundo. A área educacional e o universo das empresas são os dois campos em que mais se utiliza essa ferramenta, sendo evidente que em muitas organizações de vários países do mundo o diálogo é utilizado nesse sentido, tendo vista que sua prática pode promover a ambiência e habilidade necessárias para criar uma mudança cultural em direção à relação de confiança, comunicação aberta, moral elevada, concordância e comprometimento com objetivos compartilhados (MARIOTTI, 2001, p.1).

A literatura faz menção ao uso desta técnica em diversos contextos e com diferentes grupos populacionais. Assim, os pressupostos teóricos de David Bohm foram discutidos por Angotti (2002) no campo da formação de professores de Física/Ciências, voltados para a melhoria de processos e resultados de suas atividades pedagógicas. O autor também analisou as questões epistemológicas da Ciência Clássica, Moderna e Contemporânea que permeiam a formação dos professores nesse campo do conhecimento.

Em outro âmbito, a mesma técnica foi discutida por Roberts (2002), que estabeleceu uma relação entre diálogo e responsabilidade, considerando a responsabilidade pessoal de funcionários públicos, e discutiu sobre a educação pública no Estado de Minnesota (USA). Da mesma forma, Navarro (2005), em sua

tese de doutorado, chamou a atenção para a importância do Diálogo no enfrentamento de situações de crise e conflitos humanos. A autora, tendo como fundamentação David Bohm, alargou, tornou mais ampla, a noção de Diálogo e teceu uma rede de análise a partir das concepções de Paulo Freire e Mikhail Bakhtin. Santos (2005) abordou a educação transdisciplinar com base na ideia de “Princípio Holográfico” de David Bohm, e Oliveira (2006) desenvolveu uma pesquisa com abordagem qualitativa, com 87 educadores, incluindo professores, coordenadores pedagógicos, gestores e especialistas de educação especial, em duas escolas da rede pública estadual e municipal da cidade de Natal-RN. Neste caso, o Diálogo foi tomado como uma ferramenta metodológica viável para a articulação da formação continuada em serviço.

Esta mesma técnica, o Diálogo, também foi usada para auxiliar a Primeira Conferência Nacional em Segurança Pública no Brasil (BRASIL, 2009). Onde foram reunidas mulheres (donas de casa, empresárias, presidiárias, estudantes, professoras, delegadas, profissionais liberais; mulheres com os mais diferentes níveis de instrução, classes sociais, faixa etária, religião, orientação sexual, estado civil etc) de sete municípios brasileiros de diferentes regiões do país, para dialogarem sobre segurança pública.

Portanto, percebe-se que o fato de o Diálogo ser exercitado em todos esses contextos, nos mostra que a técnica é um excelente recurso metodológico para promover a aprendizagem e a construção do conhecimento em grupo.

O autor David Bohm afirma que um Diálogo não ocorre necessariamente entre duas ou mais pessoas. E que este processo dialógico é um fenômeno que também pode acontecer no âmbito interno de uma pessoa consigo mesma, caso sua intenção seja a de manter o Diálogo presente na interação do sujeito consigo próprio. Em verdade, o Diálogo sugere uma sucessão de sentidos fluindo entre e através de várias pessoas ou apenas entre dois interlocutores. Portanto, David Bohm diz que essa ação:

[...] torna possível um fluir de sentidos num grupo inteiro, do qual irá emergir algum sentido novo. É algo novo, que pode não ter ocorrido no ponto inicial, em absoluto. É algo criativo. E este sentido compartilhado é o “adesivo” ou “cimento” que mantém as pessoas e sociedades juntas (BOHM, 1989, p.1).

Sence (2002 *apud* DAVID BOHM), ressalta o significado peculiar do Diálogo “[...] significado passando ou movendo-se através... um fluxo livre de significado entre as pessoas, no sentido de uma corrente que flui entre duas margens”. No Diálogo, se acessa “[...] um grande ‘conjunto de significado comum’, que não pode ser acessado individualmente. ‘O todo se organiza em partes’” (*op. cit.*, p. 268).

Com o diálogo constrói-se a cultura de um grupo, pois é por meio deste que se dá todo o processo de comunicação grupal para se entender a natureza e o poder do pensamento coletivo. Um dos objetivos do Diálogo é promover uma transformação na consciência coletiva. De acordo com Senge (2002), passa a surgir um novo tipo de mentalidade, baseado no significado comum, onde as pessoas não estão mais em lados opostos, e sim participando desse conjunto de significado comum, capaz de desenvolvimento e mudanças constantes.

Uma das grandes dificuldades que está atingindo a educação formal, além da questão da dificuldade de comunicação entre as pessoas, é a grande quantidade de conteúdos que os estudantes recebem e que são vistos, pelos mesmos, como irrelevantes para sua vida real. E como se não fosse suficiente, a maioria das informações recebidas pelas pessoas, via meios de comunicação de massa, na maioria das vezes são informações fragmentadas e confusas, que, ao invés de gerar informação consistente, geram desinformação (BOHM, 2003).

Frente a todas estas dificuldades, sejam elas de relações humanas ou na área da comunicação, David Bohm passa a construir suas reflexões acerca do Diálogo, onde o mesmo realiza uma pergunta pra si e seus leitores: “Por que precisamos de diálogo”? (BOHM, 2003, p. 7). Dessa forma, ele responde afirmando que, mesmo quando se tem um grupo pequeno, ainda assim as pessoas têm dificuldades para se comunicar. Bem como, em um grupo maior, de trinta a quarenta pessoas, muitas vezes alguns dos integrantes acharam difícil se comunicar, a não ser que se mantenha um objetivo definido, que é o de dialogar. Sendo que a razão principal para se dificultar o círculo de diálogo e a comunicação entre as pessoas são os pressupostos, ou seja, as opiniões que elas já possuem sobre determinado assunto. Muitas vezes estes pressupostos se interpõem no processo de escuta daqueles que estão dialogando. David Bohm esclarece, ainda, que tais pressupostos

não são superficiais, pelo contrário, eles estão na base da concepção que o sujeito tem sobre, por exemplo, “[...] o significado da vida; sobre o seu próprio interesse; o interesse do seu país; ou o seu interesse religioso; sobre o que você realmente pensa que é realmente importante” (BOHM, 2003, p. 8).

Quando as pessoas não conseguem sobrepor seus pressupostos, tendem a defendê-los sob a premissa de “ameaça”. O indivíduo se apresenta com suas ideias programadas em sua memória, ideias pré-concebidas, e reagem para defendê-las. Isso não seria necessário, pois quando estes pressupostos estão corretos, esta ação se torna desnecessária, e quando estão errados, não teria por que defendê-los. Geralmente, há uma carga emocional intensa na ação de proteger os seus pontos de vista (BOHM, 2003), fazendo com que, na maioria das vezes, feche-se em determinada posição, não cedendo ao seu ponto de vista, admitindo que “é assim que tem que ser” (SENGE, 2002, p. 271), passando, assim, a bloquear o fluxo de diálogo. Mediante uma dificuldade como esta em questão, uma das regras do Diálogo é a suspensão dos pressupostos (BOHM, 2003).

David Bohm (2003) considera que pode haver uma dificuldade natural nas pessoas em comunicar, sobretudo porque todas elas possuem seus pressupostos e opiniões, geralmente diferentes umas das outras. Na medida em que tais pressupostos são questionados, há uma reação espontânea para defendê-los. O Diálogo facilita a descoberta do pensamento que guarda, por detrás de si, os pressupostos desconhecidos pelo sujeito.

O Diálogo tem como objetivo facilitar a exposição do conteúdo do pensamento individual e coletivo, além dos significados que são também construídos e compartilhados por todo o grupo. No diálogo, a escuta é fundamental para que realmente este exista. Embora o silêncio seja considerado uma concordância do que está sendo colocado, ou pela própria inibição de se colocar perante os outros, vale ressaltar que este pode ser visto como uma aceitação aos significados construídos coletivamente, bem como pode ser o momento de reflexão sobre o que é dito (BOHM, 2003).

David Bohm (2003) afirma que o pensamento coletivo é mais rico do que o pensamento individual e que, em último caso, o pensamento individual será o resultado do pensamento coletivo e da interação entre as pessoas. Dessa forma, o

Diálogo se transforma em um caminho em que é possível se examinar a natureza das crises que a humanidade enfrenta (BOHM; FACTOR; GARRET, 1991).

O diálogo facilita uma visão mais ampla da realidade, permitindo a participação no pensamento coletivo e evitando ações a partir de compreensões limitadas. Desta forma, o Diálogo permite que as pessoas, aprendendo juntas, possam transcender uma visão fragmentada da realidade (BOHM, 2003).

De acordo com os fundamentos teóricos até aqui abordados, que justificam as finalidades do Diálogo, “por que” e “para quê”, se faz necessário “Grupos ou Círculos de Diálogos”, dessa forma, apresentam-se agora os procedimentos para realizá-los.

Para David Bohm (SENCE, 2002) na técnica do Diálogo faz-se necessário pelo menos três condições básicas para que este aconteça: 1) Todos os participantes devem ‘suspender’ seus pressupostos; 2) Todos os membros do grupo devem encarar uns aos outros como colegas; 3) Deve haver um ‘facilitador’ que seja capaz de manter o contexto do Diálogo.

Em relação a “suspender os pressupostos” significa dizer que o indivíduo deixará de lado o que se acredita ou se julga por antecipação, no momento do diálogo, mas que isto possa no momento oportuno ser acessado, observado e questionado. Manter os pressupostos suspensos não significa jogá-los fora ou mesmo evitar sua expressão, e sim, permanecer com estes, para que eles sejam examinados constantemente. Portanto, faz-se necessário que o indivíduo não fique em posição de defesa constantemente de suas opiniões. Vale ressaltar que a construção desse processo deve ser coletiva, e nunca individual. Os participantes do diálogo somente verão seus pressupostos com clareza quando começarem a compará-los com os de outros membros participantes. Os indivíduos suspendem seus pressupostos, embora se comuniquem livremente. O resultado é uma livre exploração que traz à tona a total profundidade da experiência do pensamento das pessoas e ainda assim pode ir além das suas visões individuais (SENCE, 2002).

Quando se diz: “Ver-se uns aos outros como colegas”, significa dizer que os membros veem o sentimento de amizade crescendo, sendo que esta é a condição indispensável para que verdadeiramente aconteça o Diálogo. Assim sendo,

esta amizade não significa que concordem igualmente sobre tudo, ou que compartilhem das mesmas visões (SENGE, 2002).

E por último, para que aconteça o diálogo, faz-se necessária a presença de um facilitador para manter seu contexto, para que o hábito de discutir não prevaleça. Segundo Senge (2002), a função do facilitador é essencial no início da prática do Diálogo como disciplina da equipe. Uma das funções de um bom facilitador é ajudar as pessoas a “manter o sentimento de propriedade do processo e dos resultados – somos responsáveis pelo que está acontecendo” (SENGE, 2002, p. 273).

2.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A promoção da Saúde tem seu conceito ampliado pela influência dos movimentos internacionais na busca pela redução das desigualdades sociais e injustiças. A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1977, teve como fruto a elaboração de uma declaração, conhecida como Declaração de Alma-Ata, em que consensuou-se que a promoção da saúde é essencial ao contínuo desenvolvimento econômico e social, à manutenção da melhoria da qualidade de vida dos homens e à manutenção da paz mundial. A partir dessa iniciativa, outros movimentos foram se organizando em função da ampliação das ações em saúde. A Declaração de Alma-Ata representou o ponto de partida para as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (LOPES *et al.*, 2010).

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá, em 1986, traçou as cinco áreas prioritárias de ação, ampliando o conceito de saúde e incluindo os pré-requisitos para alcançá-los. Na II Conferência Internacional da Promoção da Saúde, em Adelaide, na Austrália, em 1988, o enfoque foi: As políticas públicas saudáveis. Na III Conferência Internacional da Promoção da Saúde, em Sundsvall, em 1991, foi abordado o desenvolvimento sustentável e ambientes favoráveis à saúde na agenda da saúde. Na IV Conferência Internacional da Promoção da Saúde, em Jacarta, na Indonésia, em 1997, discutiram a inclusão do setor privado no apoio à promoção da saúde, bem como a promoção da saúde no

século XXI. A V Conferência Internacional da Promoção da Saúde, no México, em 2000, confirmou as estratégias de Promoção da Saúde como eficazes na mudança de condições de vida da população como respostas do governo e de outros setores da sociedade. E a VI Conferência Internacional da Promoção da Saúde em Bangkok, na Tailândia, em 2005, validando todas as conferências anteriores, identificou os compromissos para se atingir os determinantes de saúde no mundo globalizado por meio da promoção da saúde (LOPES *et al.*, 2010).

A gravidez na adolescência tem se mostrado uma realidade em nosso meio. Portanto, faz-se necessário um olhar mais acurado na tentativa de entendê-la. Vale ressaltar que esta depende de fatores, como o contexto social, no qual a adolescente vive, o que realmente representa para ela a gravidez, bem como o impacto dessa gravidez em sua vida (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A prevenção da gravidez na adolescência não deve ser pautada apenas na transmissão de informações sobre métodos contraceptivos. Ela vai muito mais além, segundo Dias e Teixeira (2010), quando se pensa em promoção da saúde, devem-se trabalhar junto aos adolescentes os significados e as ansiedades envolvidas nos diversos comportamentos de paquera, iniciação sexual e de vida sexual ativa.

Ainda segundo Dias e Teixeira (2010), o ponto fundamental seria conhecer o adolescente como um indivíduo que possui direitos sexuais e reprodutivos, portanto, portador de deveres em relação a sua sexualidade, sendo responsável pela sua própria vida em todos os aspectos.

Quando se fala em prevenção da gravidez na adolescência, remete-se à importância de se focar este assunto principalmente no espaço escolar, pois é dentro da escola onde ocorre com maior frequência às interações e relações socioeconômicas e culturais, sendo este também um local de promoção da saúde, com enfoque nas ações educativas, interação entre profissionais de saúde, professores, adolescentes, familiares e funcionários (MACEDO *et al.*, 2013).

Paiva (2002) afirma que os sujeitos não podem ser encarados apenas como meros recebedores de informações definidas como relevantes pelo educador.

Selma (1993 *apud* BUJOLD; DIONNE; LAPOINTE, 2000) aponta que existem três dimensões importantes que devem ser compreendidas e sobre as quais

se deve intervir, caso se queira mudança no plano dos comportamentos de risco de um indivíduo:

A primeira dimensão concerne ao conhecimento e à compreensão: É preciso entender como o indivíduo compreende a situação e o contexto no qual se produz um comportamento de risco. A segunda dimensão diz respeito ao sentido ou significação assume esse comportamento aos seus olhos. E a terceira se refere às capacidades do indivíduo em gerir essa conduta (*op. cit.*, p. 95).

Para Selma (1993 *apud* BUJOLD; DIONNE; LAPOINTE, 2000), a maioria das abordagens só se preocupa em depositar informações junto ao indivíduo. Abordagens, na sua maioria, tradicionais no ponto de vista da educação sexual e que objetivam agir sobre o plano dos conhecimentos dos indivíduos, sem a preocupação com o entendimento, por parte deles, do que é falado. Estas abordagens não se preocupam sobre quais os significados que esses comportamentos de riscos podem ter para eles, nem tampouco os ajuda a desenvolver habilidades para enfrentar estas situações.

Quando se pensa em promoção da saúde, remete-se a políticas públicas com ações intersetoriais, abordando os determinantes do processo saúde, doença e cuidado. Este processo parte dos problemas apresentados pela convivência em sociedade, pela participação social, na qual indivíduos, família e comunidade são instigados a ter autonomia, bem como a ser capaz de superar situações que interfiram na sua qualidade de vida (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2012).

Portanto, faz-se necessário e relevante desenvolver a promoção da saúde do adolescente, para que ele seja capaz de adotar comportamentos e modos de vida saudáveis, e possam se sentir motivados ao autocuidado.

A adolescência é caracterizada por conflitos naturais dessa fase, que vão desde transformações físicas, psicológicas e sociais, sendo que estas podem fragilizar o adolescente de diversas formas e intensidades, bem como se relaciona com a vulnerabilidade oriunda da imaturidade emocional, impulsividade, influência do grupo, dentre outras, levando, na maioria das vezes, a comportamentos de riscos à saúde (GUANABEN *et al.*, 2012).

Na promoção da saúde, o processo educativo deve ser realizado de forma contínua e com o objetivo de incentivar o indivíduo na tomada de decisão,

sejam elas decisões individuais ou coletivas. Portanto, a educação em saúde passa a ser estimulador do senso de identidade e responsabilidade individual, bom como de solidariedade e de responsabilidade comunitária (GURGEL *et al.*, 2010).

É importante ressaltar os saberes dos adolescentes na construção de suas habilidades, procurar conhecer quais conhecimentos e atitudes eles já dispõem no campo sexual e reprodutivo, para, em seguida, propor as intervenções de potencialidades e complementação (GURGEL *et al.*, 2010).

Dessa forma, o conhecimento passa a ser um constructo compartilhado, facilitando o indivíduo envolver-se com maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam na sua qualidade de vida (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Assim, a promoção em saúde tem conceito amplo, que vai além dos processos de saúde, bem como da busca de eliminação de doenças ou controle delas. Ela busca, em seu conceito, a condição de bem-estar geral dos indivíduos (SOUZA; PIMENTA, 2010).

Santos e Bógus (2007) são citados por Morais *et al.* (2010), quando conceituam a promoção da saúde:

Promoção da saúde está relacionada a todas as práticas e condutas que procuram melhorar o nível de saúde da população por meio de medidas que não se restringem a resolver problemas de doenças ou qualquer desordem orgânica, mas sim que visam a aumentar a saúde e o bem-estar geral (*op. cit.*, p. 510).

No entanto, vale ressaltar dois importantes critérios ao entendimento do conceito da promoção da saúde. No primeiro, Morais *et al.* (2010) cita Moysés e Krempel (2004), e diz que “promoção da saúde está baseada no paradigma da produção social do processo saúde-doença”. Entende que a saúde de cada indivíduo, comunidade e grupo social, é decorrente das políticas públicas e sociais, dos modelos de atenção em saúde, dos contatos com outros indivíduos, com o meio ambiente e, principalmente, das ações de cada um. O segundo critério diz respeito exclusivamente em relação ao indivíduo e a comunidade atuarem no controle, implementação e manutenção do seu bem-estar físico, social e mental. Desta feita, o indivíduo passa a ser ator social, o protagonista da sua saúde, contribuindo diretamente na sua qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar a compreensão de adolescentes escolares sobre saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência, em interlocução com seu nível de letramento em contexto da saúde e construir um material educativo sobre saúde sexual e reprodutiva e prevenção da gravidez precoce.

3.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer a compreensão leitora de adolescentes escolares sobre saúde sexual e reprodutiva;
- Dialogar sobre saúde sexual e reprodutiva, promoção da saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência;
- Elaborar uma cartilha educativa voltada para a promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção da gravidez precoce, com base na compreensão leitora e no diálogo desenvolvido com as adolescentes escolares.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DA PESQUISA

Este é um estudo de natureza metodológica, descritivo, transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Quixeré, município brasileiro do Estado do Ceará, localizado na Mesorregião do Jaguaribe, na Microrregião do Baixo Jaguaribe, distante 218 quilômetros da capital Fortaleza. Segundo o IBGE (2013) o município possui população estimada de 20.810 mil habitantes.

O campo de estudo se deu na área de abrangência do distrito de Lagoinha, com adolescentes matriculadas na escola municipal nesta referida área, devido aos altos índices de gravidez na adolescência, como nos mostra os dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) do município de Quixeré no Quadro 1, abaixo:

QUADRO 1 – Percentual geral de gravidez na adolescência no município de Quixeré e nas Unidades Básicas de Saúde de Lagoinha, distrito de Quixeré, nos anos de 2004 a 2014

ANO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MUN.	29,4	27,0	26,7	22,4	21,7	20,3	22,0	21,5	23,8	21,12	21,81
LAG I	35,7	27,2	26,3	19,4	25,5	20,0	16,0	17,0	12,9	20,00	28,30
LAG II	31,2	33,3	32,1	22,5	17,9	21,2	23,3	25,7	26,4	16,67	22,73

Fonte: DATASUS

O município tem como porta de entrada as Unidades de Saúde da Família, buscando proporcionar atendimento integral ao indivíduo, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Suas áreas de Saúde da Família são em número de nove unidades, com cobertura da população de 100%, bem

como de Saúde Bucal. Destas nove equipes, três funcionam no Distrito de Lagoinha, local onde a pesquisa foi realizada.

O município possui 17 escolas públicas, sendo uma estadual e 16 municipais, todas com ações do Programa Saúde na Escola – PSE, que é uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, onde são desenvolvidas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com utilização da caderneta do adolescente.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa se constituiu das adolescentes matriculadas na escola municipal do Distrito de Lagoinha, totalizando 213 adolescentes. As adolescentes que foram entrevistadas na presente pesquisa tinham idade inferior a 15 anos, porque foram incluídas aquelas que estavam cursando de 6º ao 9º ano (11 a 14 anos).

Toda a população da pesquisa foi convidada a participar, ou seja, buscamos trabalhar com 100% da população das adolescentes matriculadas na escola municipal do Distrito de Lagoinha.

Foi realizada uma visita a todas as salas de aulas do 6º ao 9º ano, onde foi explicado sobre o projeto, bem como realizado uma leitura e entrega dos referidos termos a quem se dispôs a participar. Foram entregues 173 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e 173 Termos de Assentimento.

No dia da aplicação da Técnica de Cloze, dos 173 termos entregues, 102 adolescentes devolveram os termos assinados por elas e pelas suas mães ou responsáveis, 05 devolveram com recusa, 58 não devolveram os termos e 02 alunas haviam sido transferidas da escola.

Na segunda fase da pesquisa para aplicação do procedimento do Circulo de Diálogo, ferramenta utilizada em pesquisa qualitativa, foram convidadas todas as adolescentes a participar de forma voluntária, até contabilizar um número de 40 participantes, número máximo permitindo para realização do mesmo. Dentre as 40

adolescentes convidadas a participar, 21 adolescentes concordaram e participaram do referido círculo.

4.4 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta dos dados ocorreu no período de maio a junho de 2015 e seguiu conforme as normas da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, – pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão no estudo foram alunas adolescentes, com idade de ≥ 11 anos ≤ 14 anos, faixa etária que se destina o uso da caderneta de saúde da adolescente, sexo feminino e estar matriculada na escola pesquisada.

O não atendimento a quaisquer dos critérios supralistados configurou critério de não inclusão.

4.6 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram levantados pelo procedimento de Cloze e Círculo de Diálogo. Através da técnica de Cloze foi conhecido o letramento em contexto de saúde, das entrevistadas, por meio de uma passagem da “Caderneta de Saúde da Adolescente” (BRASIL, 2009). O Círculo de Diálogo proporcionou o conhecimento da percepção que as adolescentes possuem sobre a promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção da gravidez na adolescência. Sendo que, estes dois procedimentos propiciaram a elaboração de uma cartilha contextualizada, voltada para a população-alvo do estudo, com vistas à promoção da saúde e prevenção da gravidez precoce.

4.6.1 A passagem de Cloze

A avaliação da compreensão leitora realizada pelo procedimento Cloze se deu pelas passagens da “Caderneta de Saúde da Adolescente” (BRASIL, 2009). O texto lacunado utilizado foi das páginas 41 “Conversando sobre sexualidade” e 42 “Conhecer, ficar, namorar...” e “Você sabe a partir de quando pode ocorrer uma gravidez?”, Os pontos de corte para a classificação do nível de compreensão leitora foi os estabelecidos por Bormuth (1967)

4.6.2 O círculo de diálogo

Na segunda fase da pesquisa foi aplicado o procedimento do Circulo de Diálogo, ferramenta utilizada em pesquisa qualitativa. Onde os indivíduos suspendem os pressupostos, embora se comuniquem livremente, trazendo à tona experiências de pensamentos dos mesmos. Para tanto, se faz necessário um acordo entre os participantes com algumas regras básicas que, em súpula, apresenta a seguinte estrutura (SENGE, 2002; BOHM, 2004):

- Tamanho do Grupo: 20 a 40 pessoas sentadas em círculo;
- Disposição do Grupo: dispostos em círculo de maneira que todos possam se olhar;
- Um facilitador que “mantém o contexto” do diálogo;
- Equilibrando diálogo e discussão;
- Suspenso de julgamento: suspender os pressupostos;
- Verem-se uns nos outros como colegas;
- Saber escutar;
- Reflexão e Indagação.

Para o bom andamento do Círculo de Diálogo algumas regras foram seguidas:

- Falar alternadamente uma por vez fazendo uma pausa depois de cada exposição;
- O que fala se dirige a totalidade do grupo, evitando conversações cruzadas ou paralelas, procura-se olhar cada um dos participantes;
- Falar quando se tem uma convicção ou um pensamento que se deseja expressar;
- Durante o momento do diálogo, suspender os papéis e as hierarquias;
- Escutar sem emitir julgamento;
- Cultivar uma atitude de companheirismo;
- Estar disposto a aprender;
- Não se busca convencer os outros que mudem de opinião;
- Evitar posturas não negociáveis ou fechadas;
- Cada um deve observar a si mesmo;
- Respeitar as diferenças;
- Evitar reagir ante o que os outros dizem;
- O diálogo é aberto;
- Dar validade a que os outros dizem;
- Balanceiam-se perguntas com as asseverações;
- Não se predica;
- Buscar no próximo nível de compreensão;
- Cada um expressa seus pensamentos e sentimentos com liberdade, sem necessidade de apoiar-se no que os outros pensam ou sentem.

O tema que compôs o Círculo de Diálogo e seus respectivos objetivos gerais está exposto a seguir:

Tema: Como posso evitar que uma gravidez aconteça?

Objetivos:

- Conhecer as informações que as adolescentes possuem sobre: sexo, sexualidade, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis;
- Analisar as percepções das alunas sobre promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência.

A aplicação dos dois procedimentos de coleta de dados (teste de Cloze e Circulo de Diálogo) foi precedida de agendamento com a Escola Municipal da área de abrangência dos Distritos de Lagoinha.

4.6.3 A Cartilha: promovendo a saúde sexual e reprodutiva e prevenção da gravidez na adolescência

A cartilha foi estruturada com base no letramento em saúde das adolescentes e nos temas e/ou questões levantadas no Círculo de Diálogo, que, juntos, nortearam o conteúdo da mesma. O ideal é que, como instrumento educativo, a cartilha fosse aplicada junto ao grupo de adolescentes investigados, para que eles pudessem avaliar o material e ajustes pudessem ser realizados. No entanto, esse procedimento não é exequível para o tempo disponível para a conclusão da pesquisa, já que esta constitui uma etapa da conclusão do Curso de Mestrado Profissional na Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Por essa razão a avaliação da cartilha foi feita com base nos critérios estabelecidos por Doak, Doak e Root (1996) para elaboração de materiais escritos no campo da saúde, dirigidos a pacientes com baixa habilidade em letramento. Os referidos autores orientam vários critérios presentes no instrumento “*Suitability Assessment of Materials*” – SAM (Avaliação de Adequação de Materiais) como avaliar a adequação de materiais escritos. Quanto ao nível de leitura do texto, este foi mensurado pela fórmula de leiturabilidade do *Simple Measure of Gobbledygook* – SMOG (MC LAUGHLIN; HARRY, 1969), considerado padrão-ouro pela literatura (FITZSIMMONS; MICAEL; HULLEY, 2010).

4.6.4 O SAM

Um dos critérios estabelecidos pelo SAM é o nível de leiturabilidade do texto escrito. Embora o nível de leitura seja apenas um dos 22 fatores considerados no SAM, ele é fundamental, já que, se o nível da leitura for elevado ou mais difícil, a pontuação global do SAM é geralmente baixa, resultando em classificação do material escrito como “não adequado”. O inverso também é verdadeiro, isto é, se o nível de leitura for fácil, a pontuação no SAM é mais elevada e o material é considerado “adequado” ou “superior” (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Os autores do SAM recomendam que a maioria das instruções para os cuidados de saúde sejam elaborados tendo como meta uma leiturabilidade para 6ª série (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Os referidos autores comentam que neste nível de leitura, 75% dos adultos norteamericanos têm habilidade para ler sem dificuldade. Caso o objetivo seja elaborar um material mais fácil ainda, ele terá que ter uma leiturabilidade para 3ª série, já que 90% dos adultos americanos têm habilidade para leitura nesse nível de série escolar (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

No Brasil não há indicação de níveis de leiturabilidade para material escrito em saúde, com dados da população brasileira. O único parâmetro geral para compreensão leitora é o de alfabetismo da população brasileira, dado pelo Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF). No entanto, o INAF levanta dados para idade de 15 a 64 anos. As adolescentes que foram entrevistadas na presente pesquisa tinham idade inferior a 15 anos, porque foram incluídas aquelas que estavam cursando de 6º ao 9º ano (11 a 14 anos).

Além da leiturabilidade dada por diferentes fórmulas, existem outros fatores considerados pelo SAM, que são importantes para que um material escrito seja considerado adequado para a população em geral. Esses fatores são (DOAK; DOAK; ROOT, 1996): 1) Tamanho e estilo da fonte de impressão; 2) Contraste de cor entre a tinta e o papel; 3) Fator de autoeficácia (aspecto físico do texto é difícil de ler); 4) Densidade de conceito; 5) Contexto não familiar.

Quando o SAM é usado pela primeira vez, recomenda-se que sejam seguidos os seguintes passos: 1) Ler a lista de fatores SAM e os critérios de avaliação; 2) Ler o material (ou ver o vídeo) que se deseja avaliar e anotar alguns

pontos-chave; 3) Para textos curtos, avaliar todo o conteúdo e para os textos longos escolher uma amostra para ser avaliada; 4) Avaliar e pontuar cada um dos 22 fatores SAM; 5) Calcular o total de escores de adequação; 6) Decidir acerca do impacto de deficiências e qual ação tomar.

Todo esse processo descrito acima leva de 30 a 45 minutos, caso seja a primeira vez que o aplicador esteja usando o SAM. Nas aplicações subsequentes do SAM, desde que o aplicador já tenha se familiarizado com o instrumento, ele poderá se ater o primeiro item (fatores e critérios SAM). O Quadro 2 mostra os fatores e os critérios para pontuação do SAM (ANEXO A).

De acordo com o percentual obtido na pontuação, o SAM é classificado como:

- 70-100% - material superior
- 40-69% - material adequado
- 0-39% - material não adequado

Uma deficiência em qualquer um dos fatores, dentre os 22 SAM, especialmente uma classificação como "impróprio" é significativa. Quando isso ocorrer, pode-se superar essa deficiência por meio de revisão do material ou pela adição de uma instrução suplementar a um material, caso este já tenha sido publicado.

A pontuação dos fatores SAM tem que ser realizadas à luz dos seguintes critérios (ANEXO B).

4.6.5 O SMOG

As fórmulas de leitura são fortes preditoras do nível de dificuldade de leitura, embora não seja a única causa de um texto ser considerado mais difícil ou não. Isso ocorre porque os dois principais fatores que as fórmulas avaliam, que são as sentenças longas e a dificuldade do vocabulário, são apenas dois itens dentre outros. No entanto, as fórmulas de leitura, além de

amplamente usadas constituem um importante preditor da adequação geral de instruções para os pacientes (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

A fórmula SMOG é amplamente usada para avaliar textos no campo da saúde, sendo considerado padrão-ouro para medida de leiturabilidade (FITZSIMMONS, MICAEL; HULLEY, 2010). O método para se calcular a leiturabilidade de um texto é descrito pelo autor (MC LAUGHLIN; HARRY, 1969) pelas seguintes etapas (ANEXO C)

Considerações sobre habilidade leitora

- A maioria dos alunos com ensino médio completo lê abaixo deste nível de série escolar. Em média eles leem até 8^a série de nível de leitura.
- Pouca atenção é dada para alguns jargões que parecem simples. Por exemplo: “Tomar a medicação com o estômago vazio”, não é compreendido por muitas pessoas.
- Há muitos outros elementos de um texto que apoiam ou impedem a leitura.
- Evitar palavras complexas
- Evitar sentenças longas e complexas.

4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir do procedimento de Cloze foram analisados segundo os critérios estabelecidos por Bormuth (1967), a saber: (APÊNDICE A)

- 1) 0% - 44% de acerto - Nível: Frustração. Significado: pouco êxito na compreensão leitora;
- 2) 45% - 57% de acerto - Nível: Instrucional. Significado: a compreensão da leitura é suficiente, mas indica que necessita de auxílio;
- 3) 58% - 100% de acerto - Nível: Independente. Significado: autonomia da compreensão.

O Círculo de Diálogo foi analisado segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), onde todas as falas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Esta técnica vem sendo aplicada no Brasil desde o final da década de 90, na utilização de pesquisa de opinião e representação social, que busquem como material apoio, depoimentos, discussões em grupo e dentre outros (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Os discursos foram redigidos na primeira pessoa do singular, em forma de depoimento único, com base nos discursos de opiniões semelhantes, com o objetivo de expressar o pensamento de um sujeito que fala em nome da coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003). Sendo que, o que se pretende, é traduzir o pensamento de um grupo, como se este fosse o transmissor de um discurso coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A análise iniciou-se com a seleção das Expressões Chaves (ECH), onde neste momento descartamos do discurso os trechos que não se tornam importante. Em seguida, identificaram-se as Ideias Centrais (IC), que é uma expressão linguística que retrata de maneira condensada o sentido da ECH de cada depoimento analisado e de cada conjunto similar de ECH, que deram origem, em seguida, ao Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Segundo Levefre e Levefre (2005), algumas expressões chaves reportam, não só a uma Ideia Central, mas também algo que o mesmo chamou de Ancoragem (AC), que é a expressão de uma dada teoria ou pensamento que o autor do discurso adota e que se encontra dentro de seu discurso, como se fosse uma afirmação qualquer. Sendo que, nem sempre a AC está presente no discurso analisado. Portanto, devem ou não fazer parte do DSC. Sendo assim, na presente pesquisa optou-se por não trabalhar com esta figura metodológica.

Após transcrição na íntegra das falas das adolescentes, foi realizada leitura exaustiva e análise de todo o material, onde se obteve 83 (oitenta e três) ECH, sendo que, destas foram criadas 9 (nove) IC, levando em consideração a forma de agrupamento por meio das ECH similares. A partir daí, criou-se tópicos temáticos, que subsidiaram a construção da cartilha.

Para conseguir chegar até esta fase, realizou-se análise através dos dois primeiros passos da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), tendo como base:

- 1) Pré-análise – fase onde houve a organização do material (leitura flutuante, escolha dos documentos, dentre outras). Onde se escolhe os documentos a serem submetidos à análise, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que iram fundamentar a interpretação final;
- 2) Exploração do material – fase que consiste praticamente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

4.8 LIMITAÇÕES

Dentre as limitações do presente estudo, podemos citar, a complexidade do constructo Letramento Funcional em Saúde devido ser um fenômeno relativamente em construção, bem como os instrumentos que são utilizados para realizar levantamento do mesmo.

Em relação ao SMOG, procedimento para avaliar a leiturabilidade, este quando se tem no texto muitas palavras técnicas, e estas são polissílabas, e que não permite serem substituídas por palavras trissílabas ou dissílabas, pode torná-lo com escore de leiturabilidade acima do esperado.

No Círculo de Diálogo quando muitos dos participantes não participam de forma ativa durante o mesmo, pode levar a um resultado não satisfatório. Bem como, se o facilitador não souber conduzir o grupo, principalmente quando alguém do grupo tenta falar muito e impor suas ideias pode prejudicar no andamento do mesmo.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa seguiu todos os trâmites, conforme preceitua a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisa envolvendo. Onde foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o número CAAE – 40858215.4.0000.5534

Todos os integrantes da pesquisa receberam informações detalhadas acerca dos objetivos do estudo, procedimentos e seus benefícios.

Foi solicitado o preenchimento da Carta de Anuência pela Secretaria Municipal de Educação.

Por se tratar de população menor de 20 anos, também foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelos pais ou responsáveis e o Termo de Assentimento, pelos adolescentes (APÊNDICE A).

Antes da aplicação de cada instrumento de coleta de dados (Teste de Close e Circulo de Diálogo) foi realizada uma leitura e assinatura do Termo de Assentimento e recolhido o TCLE.

Buscamos, antes da assinatura dos supracitados termos, esclarecer aos participantes a garantia do direito de não participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo para eles.

Benefício direto previsto para os participantes da pesquisa será a construção de uma cartilha para o adolescente no que se refere à educação sexual e reprodutiva com uma compreensão leitora adequada a esta faixa etária, em que os resultados possam contribuir na prevenção da gravidez na adolescência.

Pela natureza do estudo, este não trouxe prejuízo à saúde física e mental dos entrevistados. Caso tivesse no decorrer das etapas da pesquisa surgido algum tipo de constrangimento, ou outra situação similar não prevista pela pesquisadora, teria sido procurada os meios para sua solução de acordo com a ética e respeitando o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2010).

5 RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa foram organizados em dois tópicos. No primeiro, foram apresentados os resultados do estudo exploratório, a saber: i) compreensão leitora dos entrevistados, através de passagens da “Caderneta de Saúde da Adolescente” (BRASIL, 2009), lacunadas segundo o procedimento de Cloze, relativos aos temas “Conversando sobre sexualidade” (p.41) e “Conhecer, ficar e namorar [...]”; “Você sabe a partir de quando pode ocorrer uma gravidez?” (p. 42; ii) Círculo de Diálogo, com o tema “O que é educação sexual e como posso evitar que uma gravidez aconteça?

No segundo, foram apresentados os resultados da tecnologia educacional, em que o conteúdo da cartilha é detalhado e em seguida avaliado pelos procedimentos SMOQ e SAM.

5.1 ESTUDO EXPLORATÓRIO: COMPREENSÃO LEITORA E CÍRCULO DE DIÁLOGO

Participaram da aplicação da Técnica de Cloze, 24 alunas do 6º ano, 22 alunas do 7º ano, 34 alunas do 8º ano e 22 alunas do 9º ano, perfazendo um total de 102 alunas participantes.

A maioria dos alunos teve pouca compreensão leitora, pois 92,16% atingiram nível de frustração como mostra tabela abaixo:

Tabela 1 – Distribuição por séries da compreensão leitora de acordo com o procedimento de Cloze

SÉRIE ESCOLAR	COMPREENSÃO LEITORA					
	FRUSTAÇÃO		INSTRUCIONAL		INDEPENDÊNCIA	
	N	%	N	%	N	%
6º Ano	24	100	00	00	00	00
7º Ano	22	100	00	00	00	00
8º Ano	27	79,41	06	17,65	01	2,94
9º Ano	21	95,45	01	4,55	00	00
Total	94	92,16	07	6,86	01	0,98

Fonte: Elaborada pela autora

O Círculo de Diálogo transcorreu de forma passiva, e foi obtido como resultado do mesmo, 83 (oitenta e três) Expressões Chaves, que deram origem a 09 (nove) Ideias Centrais, que originou o Discurso do Sujeito Coletivo. Estas 9 (nove) Ideias Centrais resultaram em 8 (oito) temas a seguir que deram subsídios na construção da cartilha sobre educação sexual e reprodutiva, como forma de prevenção da gravidez na adolescência, a saber: a seguir:

- Conhecimento das consequências de uma gravidez na adolescência;
- Conhecimento das causas de uma gravidez na adolescência;
- Incertezas sobre o que é Sexualidade;
- Desconhecimento sobre como evitar uma gravidez;
- Autoestima e autonomia sobre sua decisão de iniciação da vida sexual;
- Necessidade de diálogo entre família/adolescente;
- Questões de gênero;
- Doenças sexualmente transmissíveis.

Quadro 3 – Distribuição da proporção das ideias centrais dos depoimentos

IDEIAS CENTRAIS		N	%
IC 01	SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL	09	42,85
IC 02	CONSEQUENCIAS DE UMA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	08	38,09
IC 03	NEGOCIAÇÃO	03	14,28
IC 04	GÊNERO	07	33,33
IC 05	EDUCAÇÃO SEXUAL/DIÁLOGO EM FAMÍLIA	06	28,57
IC 06	SEXUALIDADE	04	19,05
IC 07	AUTONOMIA FRENTE ÀS PRESSÕES	08	38,09
IC 08	CAUSAS DE UMA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	03	14,28
IC 09	GRAVIDEZ DESEJADA	03	14,28

Fonte: Elaborado pela autora

A disposição do quadro anterior, bem como a apresentação dos Discursos do Sujeito Coletivo levou em consideração a ordem que cada assunto foi aparecendo na aplicação do Círculo de Diálogo, e não pelo número maior de expressões chaves que cada ideia central foi apresentada.

IC01 – SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Existem vários métodos para se prevenir de uma gravidez na adolescência: camisinha, comprimido, injetáveis, DIU... Não sei ao certo o que alguns significam, mas sei que esses apresentam índices de falhas. Minha mãe engravidou tomando comprimido, ou seja, ela tomou comprimido e engravidou do mesmo jeito. Ai tem gente que diz quando vai ter uma relação pela primeira vez: vou usar camisinha pra que? Engravidar-se do mesmo jeito. Eu também acho que a gente não deve pensar só em si prevenir da gravidez, mas também das doenças sexualmente transmissíveis. É melhor os dois se prevenirem, pois muitas vezes, elas não ligam para o que estão fazendo e não se previnem. E sobre masturbação, eu não sei o que é isto não, explique? Eu sei que é quando você se toca como se quisesse fazer aquilo, mas não pudesse fazer por falta de homem, por falta de coragem. No texto lacunado, tinha assim: tocar seu próprio corpo em busca de um prazer solitário, só com você. (Adolescente01, Adolescente07, Adolescente05, Adolescente13, Adolescente06, Adolescente04, Adolescente02, Adolescente10 e Adolescente13).

IC02 – CONSEQUENCIAS DE UMA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Eu acho que engravidar na adolescência nos traz muitas consequências, que é muito ruim, pois a pessoa vai deixar de fazer muitas coisas que gosta, vai deixar de sair e curtir com as amigas, vai prejudicar nos estudos, principalmente se for muito nova, pois vai parar de estudar. Ainda tem a questão que a responsabilidade fica só com a menina, pois depois que elas engravidam os meninos abandonam as mesmas. Embora isto não seja certo. Nós vamos ficar com toda a responsabilidade, e a responsabilidade não é só da mãe, e sim do pai também de criarem juntos a criança. Ainda tem os que assumem a criança com a menina, e sai sozinho vadiando, deixando a responsabilidade de criar o filho só com a mãe. Com certeza isto não é certo. Tem alguns casos que as filhas são obrigadas a viverem juntas com aquele rapaz só porque engravidou. Ou então, ficam na casa dos pais sendo sustentado por eles. Ainda tem aqueles casos que o menino convence a garota a transar, ela engravida e depois eles saem dizendo que o filho não é deles. (Adolescente03, Adolescente07, Adolescente04, Adolescente11, Adolescente06, Adolescente09, Adolescente02, Adolescente08 e Adolescente10).

IC03 – NEGOCIAÇÃO

Eu acho que não é fácil falar para o parceiro para ele se prevenir. Umas das razões, muitas vezes é a timidez. Sem falar que eles colocam muita pressão. Eles dizem: “tu não vai fazer não? Mas tu é mole [...]” “Eu assumo se engravidar. Não acontece nada demais não”. Hoje, me chamar de mole é um elogio. (Adolescente03, Adolescente05 e Adolescente02)

IC04 – GÊNERO

Eu acho que o pensamento do homem é diferente da mulher. A mulher pensa mais em si prevenir, ela é mais sensível. Tem menino que quando você está namorando com ele, veste um short curto e ele nem diz nada. Quando você se junta com ele, ele começa a mudar e a dizer que agora você tem que usar um short comprido. Eu acho muito esquisito, ele agora quer mandar na gente e a gente não pode dizer nada. Tem muitos casos que eles fazem o que querem com as meninas. Elas ficam em casa cuidando dos filhos e eles saem para vadiar no mundo e deixam-nas sozinhas cuidando dos filhos. Eu acho que isto acontece, porque os meninos sempre foram criados mais livres e nós fomos criadas para cuidar da casa, do marido e dos filhos. (Adolescente04, Adolescente11, Adolescente03, Adolescente10, Adolescente07, Adolescente02 e Adolescente08).

IC05 – EDUCAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA

Os materiais educativos que temos sobre prevenção da gravidez na adolescência, na maioria nós não sabemos exatamente o significado de algumas palavras, aí a pessoa lê, mas não entende exatamente o que leu. Precisa que algumas palavras mudem. Eu lembro quando fui para a entrega da caderneta do adolescente e lá falaram algumas informações, muitas não sei o que é e nem me lembro. Eu acho que os primeiros conselhos, ensinamentos tem que vir de dentro de casa. Acho que deveriam chamar as mães e fazer reuniões com as mesmas. Porque a maioria delas não sabem chegar pra sua filha e conversar sobre este assunto. A minha mãe não sabe chegar e conversar e ainda acha que a escola é quem deve ensinar tudo sobre “sexologia”. Te peço pelo amor de Deus faça reunião com as mães, pois muitas de nós tem medo de chegar e conversar com a mãe. Eu mesmo tenho uma amiga, que tem trauma da mãe dela expulsar ela de casa, caso ela fique com algum homem e chegue até a engravidar. Hoje em dia ela é lésbica, por causa que ela tem trauma da mãe dela expulsar ela de casa. E a mãe dela também não aceita o caso dela ser lésbica... só que ela disse: “eu não posso ter atração por homem por causa que a minha mãe não permite, eu tenho atração por homem, mas eu não posso fazer nada, porque se algum dia eu chegar pra minha mãe: “eu não sou mais virgem” e ela tem 17 anos.. a minha mãe vai me expulsar pra fora de casa, vai adiantar? Então vou ficar com mulher” Hoje em dia ela é lésbica, só que ela disse a mim: “eu não gosto de mulher. É por causa da minha mãe. Porque eu tô tomando aquilo ali por influência, porque se eu tirar minha virgindade ela vai me matar. Ai eu tô ficando com mulher obrigado... porque se eu não ficar com mulher eu nunca vou abrir a boca pra dizer eu tenho um namorado, eu tive uma namorada. Eu estou sendo lésbica por causa que a minha não deixa eu ter relação com homem.” Ai eu fico assim... isso aqui pode acontecer com qualquer uma. (Adolescente08, Adolescente06, Adolescente07, Adolescente02, Adolescente10 e Adolescente11).

IC06 – SEXUALIDADE

Sexualidade é um momento dos dois se conhecerem melhor. É saber o que cada um mais gosta. Eu acho que sexualidade também é sexo, é a como a gente se veste, pois tenho pra mim que o homem nos ver além do que ele está vendo. Se ele nos vir de short curto é como se a gente causasse tesão neles. Preste atenção nas mulheres conversando, elas olham para a boca das pessoas, já os homens conversando ficam olhando para os seios, pra baixo, pra bunda. Roupa com decote eu já evito. Preste atenção os crentes ali na Igreja Universal, eles não usam roupas com decotes. Para evitar causar tesão nos pastores e em gente que é casada. Eu tinha uma professora no município de Russas, que ela dizia que o homem vai além do que está vendo. Se você passar de short curto, os meninos ficam assobiando. Agora, passem de saia comprida, eles nem olham. A roupa é um tipo de respeito. Hoje, as pessoas querem excitar os homens com sua roupa e não mais com sua beleza. A sua roupa é como se fosse sua personagem. (Adolescente09, Adolescente02, Adolescente06, Adolescente11 e Adolescente02).

IC07 – AUTONOMIA FRENTE ÀS PRESSÕES

Eu acho que a pessoa não devia ceder à pressão. Cada um tem que saber esperar o seu momento, bem como deve se impor conversar com o companheiro da necessidade de os dois se prevenirem de uma gravidez, bem como das doenças sexualmente transmissíveis. Eu acho assim, que na hora da negociação, os meninos só pensam em ter relação sexual, e as meninas também não negociam. Pois, se o rapaz falar que não vai fazer com camisinha, elas acabam cedendo. Eu penso que nos não devemos fazer tudo o que o homem quer, e sim, devemos pensar e ter a consciência do que queremos ou não ter esta atitude naquele momento. É melhor sermos chamadas de mole, e não ceder, porque cada um tem seu momento. Devemos nos guardar para o momento que eu estiver me achando preparada para fazer. No meu ponto de vista, a pessoa deve se valorizar deixar chamar de mole e só fazer se você estiver preparada. (Adolescente05, Adolescente07, Adolescente12, Adolescente03, Adolescente01, Adolescente10, Adolescente04 e Adolescente02).

IC08 – CAUSAS DA GRAVIDEZ

Tem muitas meninas que acha que um filho prende um homem, coisa que não prende. Porque, se não, mamãe estava com papai até hoje. Existem meninas também que engravidam para sair de casa. Pois uma amiga minha tinha um padrasto que judiava dela não deixava sair para canto nenhum. Então ela pensou que seria mais feliz se ajuntando com o namorado dela. Tem menina que é muito presa, as vezes por causa da gente ser presa, quando a gente tem um pouquinho de liberdade a gente faz o que não é pra fazer... “ah, não vou ter outra oportunidade porque eu sou presa”... Tem pessoas também, que são forçadas a ficar um cara sem querer. No caso da minha mãe quando ela era adolescente, ela foi forçada a ficar com meu pai e depois o filho de minha vó, sem ser o meu pai, forçou também ela ficar com ele. Ai quando eu nasci ficou sem saber quem era o meu pai. Só fui saber quando tinha sete anos de idade. Tem também momentos, que os meninos passam “queixo”, seduzem as meninas, elas começam a gostar, ficam, engravidam. Depois que vão perceber que não foi legal pra ela engravidar nova. (Adolescente02, Adolescente03 e Adolescente10).

IC09 – GRAVIDEZ DESEJADA

Eu acho que tem adolescente que vê uma mulher com um filho de um cara, e sente vontade de ser mãe. Como tem também jovem que quer ser mãe, eu sou o caso duma. Eu cheguei pra minha mãe: “mãe, adote a criança que eu cuido” tipo assim... certo, eu não tenho a responsabilidade, eu não tenho emprego, mas eu quero ter aquela responsabilidade pra quando eu tiver o meu filho eu já saber cuidar do meu filho. (Adolescente01, Adolescente04 e Adolescente02)

5.2 TECNOLOGIA EM SAÚDE: A CARTILHA (APÊNDICE E)

Neste tópico será apresentada a fala das adolescentes, seguida do trecho da cartilha construída, de acordo com cada tópico temático em que a mesma foi dividida.

5.2.1 Fala das adolescentes sobre a construção da cartilha

[...] As pessoas não sabem exatamente o significado, ai a pessoa lê, mas não entendem exatamente. Ai precisa mudar né, algumas palavras (Adolescente06)

[...] Eu fui na primeira entrega da caderneta do adolescente. Falaram lá, mas eu não lembro direito não (Adolescente07)

Eu acho que a gente tem que ter mais informações, como se prevenir de uma gravidez... Tem gente que diz quando alguém engravida adolescente, parece que não tem nada pra se prevenir... e as vezes a pessoa se previne e engravida, ai tem gente diz que vai pela primeira vez e diz que vai usar pra que camisinha?... porque o povo diz que engravida do mesmo jeito, isto aquilo... preciso de mais informação, saber mais como não engravidar (Adolescente10)

5.2.2 Fala das adolescentes sobre Sexualidade

Eu acho assim que sexualidade é o presente de um homem e uma mulher. (Adolescente09)

Sexualidade também é sexo (Adolescente02)

É um momento dos dois se conhecerem melhor. É saber o que cada um gosta mais (Adolescente06)

[...] Não usa mais a beleza, é o tipo de roupa [...] Porque a roupa é um tipo de beleza [...] A sua roupa é como se fosse ali sua personagem[...] (Adolescente02).

5.2.2.1 Trecho da Cartilha sobre Sexualidade

E afinal, o que é Sexualidade?

Quando se pensa ou se fala em sexualidade, a primeira ideia que se vem à cabeça é “sexo” ou “relação sexual”. Mas a sexualidade vai muito, além disso. É nosso jeito de vestir, andar, falar, de abraçar, fazer carinho (carícias). Ela está

presente em toda nossa vida. A sexualidade é parte do “eu” de cada um, e muda com o passar dos anos, de acordo com o que é vivido no dia a dia.

Lembre-se: Não se pode separar a sexualidade do corpo ou pensar o corpo sem a sexualidade. Deve-se conhecer e cuidar do mesmo.

5.2.3 Fala das adolescentes sobre gênero

Pra cuidar da casa, do marido, dos filhos. (Adolescente03)

Eu acho assim, que, por exemplo: eu tô namorando com um menino, ele me viu com short curto... Eu me ajunto com ele, ele já vai mudando o jeito dele comigo: “não você pode vestir um short mais comprido” não sei o que é. Eu acho assim, que é muito esquisito, assim ele quer mandar na gente e a gente não pode dizer nada com ele que [...] (Adolescente11)

Tem casos de pais que fazem o que quer com ela, ela fica em casa cuidando do filho, ele sai e deixa ela sozinha, e deixa ela com o filho e sai pra vadiar no meio do mundo. Com certeza isso não é certo. (Adolescente08)

Eu acho que isso acontece porque os meninos sempre foram criados mais livres. Ai eles dizem assim... Eles não querem muita ajudar na a criação, mas com a criação que eles tiveram pode ser que isto aconteça. Porque alguns pais conversam, eles levam um assunto pra abordar com a criança, o menino. E ai fica com a mente mais diferente. Eles conseguem pensar melhor e ajudar na criação. Mas os que foram criados mais livres, mais vadiando mesmo, ai não faz nada não. (Adolescente07)

[...] Não fazer tudo que o homem pensa. A gente também deve pensar e quando ter a consciência de que quer fazer esta coisa, a gente deve, assim [...] pensar muito. Pedir ajuda, assim... pedir conselho pra quem já fez, pra gente não fazer errado. (Adolescente01)

5.2.3.1 Trecho da cartilha sobre Gênero

Você já parou pra pensar porque as meninas usam rosa e os meninos, azul? Por que os meninos ganham carros e as meninas bonecas? E por que as mulheres têm que fazer quase todos os trabalhos de casa? Acha-se normal que a mulher fique em casa cuidando do lar e dos filhos, enquanto o homem sai pra conversar e/ou beber num bar com os amigos.

Atenção: Sexo são as mudanças do corpo de menina e menino. Gênero está ligado ao meu jeito de ser homem/menino ou de ser mulher/menina. O sexo vem desde o nascer e o gênero se aprende durante toda a vida.

5.2.4 Fala das Adolescentes sobre Autonomia frente às pressões

[...] Mas a pessoa [...] Ela não deve ceder a essa pressão, ela sabe o que ela quer... Se as amigas excluem ela por causa disso, então não é amiga de verdade... Porque amiga ela sabe que a timidez não deixa também [...] Existe isso muito na aprendizagem que é muito errado para a sua vida, a idade de adolescentes (Adolescente07).

Às vezes elas agem por impulso porque o parceiro quis e ela não quis dizer não e faz e às vezes não se previnem (Adolescente05).

Eu acho que não é fácil não falar com o parceiro para ele se prevenir, eu acho que é uma coisa difícil (Adolescente03).

Muitas vezes é a timidez (Adolescente05).

Eu acho que o pensamento do homem é mais difícil do que o da mulher, a mulher já pensa mais em se prevenir, o homem não, ele já quer é se jogar, ele nem liga para o que a mulher pensa, acha a mulher mais sensível, ela pensa em se prevenir. O homem pensa diferente (Adolescente04).

É... Porque se a amiga estiver influenciando, então não é amiga de verdade. Pois tem que esperar seu momento (Adolescente07).

[...] Pode até saber, mas o prazer que ela tem pode ser maior que a consciência dela e acaba indo e nem se dá conta se está usando ou não. (Adolescente09)

[...] Porque, pois se a outra pessoa disser que só se for usando camisinha, a outra pessoa acha que não é legal usar ou pode nem querer mesmo, ai acaba cedendo porque a pessoa diz que não vai usar ou então dá um queixo mesmo (Adolescente07).

[...] Mas ele disse tipo assim “se eu engravidar, eu assumo”. Porque a maioria dos homens diz assim “se eu engravidar, eu assumo” só que depois abandona. Tipo assim [...]. ahh, ela que fica, Ela não sabe se cuidar [...]. Se eu engravidar, eu boto já na cabeça que ele vai ter que assumir o filho dele e eu. Porque ele me engravidou e eu sou menor de idade. Eu acho assim: tem meninas que botam isso na cabeça. Que um filho prende um homem, coisa que não prende. Porque senão mamãe estava com meu pai até hoje (Adolescente02).

Eu conheço uma pessoa que ela se juntou, ai quando ela vai pra cama, ai o marido dela diz que ele não vai usar camisinha. Nunca vai usar. Que ela que se cuide. Que se ela engravidar, que ele não tá nem ai. (Adolescente05).

[...]Ai muito deles dizem que não vai usar camisinha porque ela tem que ter a responsabilidade de não engravidar. Ai eu acho que a pessoa fica meio insegura por causa disso de ela usar e ele não (Adolescente10).

[...] Ai tem o tipo da coisa, tu não vai tu fica falada. [...] É desse jeito, e assim por diante os comentários. Se você não dá, você é ruim. Se você dá, você fica falada. Ai o meu ponto de vista: a pessoa se valoriza, deixe chamar mole. Mole é um elogio. Você só faz se tu tiver preparada. Botou pressão: “não filho é o tipo da coisa, não estou preparada. Se você não quiser, você espere se não, vá comer uma de bar [...] Porque às vezes a gente causa tesão no homem e não sabe porque está causando tesão no homem, por causa da sua roupa. Tu passa ai o homem fica com tesão em ti, fica com sentido em você [...]. Eu tenho pra mim que o homem vai além do que ele está vendo. Se ele vê você de roupa, ele já imagina você sem

roupa [...]. Pode prestar atenção que a maioria dos homens... Eu converso olhando pra boca das pessoas, os homens conversam olhando pros peitos, pra baixo, pra bunda [...]. [...]Ele estava com tesão em mim por causa da minha roupa.[...] [...]Porque a roupa é um tipo de respeito.[...] [...]Não usa mais a beleza, é o tipo de sua roupa [...]A sua roupa é como se fosse ali sua personagem [...] (Adolescente02).

As vezes é amor, as vezes é ilusão, assim, por causa do queixo que eles inventam, ele começa a seduzir elas e ai elas começam a gostar, ai quando elas ficam e engravidam... ai depois que vem perceber que não foi legal pra ela engravidar nova... que foi pressionada... eu acho assim, que é mais pela ilusão mesmo (Adolescente10).

[...]um homem chegasse pra ela e dissesse: “fica comigo” ela dizia não... “não fico”... eles falavam a palavra mágica: “tu é mole”. Ai pronto... a menina fica. “Tu é mole”. Por que? Porque não quer passar na rua e os meninos dizerem “olhe aquela menina é mole”. Ela prefere ficar falada. Tipo assim, quase entra minha cabeça de que ser chamada de mole... Já pra mim, mole é elogio como digo pra todo mundo. [...] (Adolescente02)

Eu acho que é melhor ser chamada de mole do que por rapariga. Porque eu acho que no seu momento você vai saber curtir, você vai saber como é bom, porque se você dá pressionada, você não vai sentir à vontade com si mesmo. (Adolescente03).

Eu não penso duas vezes se alguém me chama de mole. Porque cada um tem seu momento [...] (Adolescente04)

[...]eu estou simplesmente me guardando pro momento que eu estiver me achando preparada pra fazer a coisa (Adolescente05).

5.2.4.1 Trecho da Cartilha sobre Autonomia Frente às Pressões

ESCOLHA CONSCIENTE?

Na adolescência, meninos e meninas formam grupos, muitas vezes, pelo estilo de música, modo de vestir ou pelo que têm em comum. E nesses grupos surgem as conversas. Muitas vezes, para serem aceitos no grupo, fazem uso de álcool, drogas e sexo sem proteção. É preciso não se deixar levar pelo grupo e pensar bem antes de tomar alguma decisão desse tipo.

Dica: Tudo tem seu tempo e sua hora. Evite fazer algo só pra agradar e ser aceito pelo grupo de amigos.

5.2.5 Falas das adolescentes sobre conversa em família

[...] Porque eu acho que os conselhos primeiros tem que vir de casa. As mães conversar com os filhos, e assim para saber o que pode fazer e o que não pode... Dar conselhos se você deve usar ou não... (Adolescente08)

Mostrar a realidade pra as meninas, o tanto de responsabilidade que vai ter quando engravidar... Os problemas que vai aparecer, doenças... (Adolescente06)

Eu acho que você deveria chamar as mães de cada um aqui, fazer reuniões com as mães, porque nem todas as mães sabe chegar pra uma filha e conversar [...] [...] “Olhe isto é o certo e isto é o errado” [...] Pra mim aprender o que era isto, ela pegou um DVD de pornô e botou pra mim assistir, tipo assim, ela não sabe, ela não teve diálogo de chegar e conversar: “Olhe vai ser assim, assim” [...] [...] Eu acho que é o caso aqui de muitas pessoas que a mãe não sabe se expressar... Que a mãe chegar e disser assim “se você perder a virgindade vou bater na sua cara” pronto [...] isto aí já deixa com trauma [...] Eu já disse foi a ela “eu vou virar sapatão” quem vai saber é você pra bater em mim. Porque a mãe não sabe chegar e expressar. Se você chegasse, sentasse e conversasse com as mães [...] (Adolescente02)

[...] vou pedir por favor, pelo amor de Deus, por causa que tem muitos casos que a pessoa tem medo de chegar e expressar pra mãe o que está sentindo. Tipo assim... a primeira vez que ele sente tesão [...] [...] em Russas há uma colega minha [...] [...] hoje em dia ela é lésbica, por causa que ela tem trauma da mãe dela expulsar ela de casa. E a mãe dela também não aceita o caso dela ser lésbica... só que ela disse: “eu não posso ter atração por homem por causa que a minha mãe não permite, eu tenho atração por homem, mas eu não posso fazer nada, porque se algum dia eu chegar pra minha mãe: “eu não sou mais virgem” e ela tem 17 anos.. a minha mãe vai me expulsar pra fora de casa, vai adiantar? Então vou ficar com mulher” Hoje em dia ela é lésbica, só que ela disse a mim: “eu não gosto de mulher. É por causa da minha mãe. Porque eu tô tomando aquilo ali por influência, porque se eu tirar minha virgindade ela vai me matar. Ai eu tô ficando com mulher obrigado... porque se eu não ficar com mulher eu nunca vou abrir a boca pra dizer eu tenho um namorado, eu tive uma namorada. Eu estou sendo lésbica por causa que a minha mãe não deixa eu ter relação com homem.” [...] (Adolescente02)

Voltando o assunto de Regivânia sobre chamar as mães pra conversar, eu acho boa ideia, porque não é todas as mães que sabem chegar pro filho e conversar sobre sexualidade. Eu acho assim: pra elas tem mais ou menos uma ideia de como chegar, conversar, ter paciência pra conversar com as filhas. Eu acho assim, minha mãe ela conversa comigo, só que é muito difícil, muito difícil mesmo, uma raridade dela falar comigo. [...] (Adolescente10)

Eu acho assim, que mode essas coisas que a mãe não conversa com a gente, eu acho assim que é por isso que sai as coisas erradas dos filhos por ai. [...] (Adolescente11)

5.2.5.1 Trecho da Cartilha sobre Conversa em Família

CONVERSA EM FAMÍLIA

Para os pais, falar sobre sexualidade não é algo fácil. Ter uma conversa franca e aberta com os filhos é uma forma de ajudar a evitar uma gravidez que não se deseja e/ou uma doença sexualmente transmissível (DST).

Legal à beça: Ser amigo dos filhos, saber o que ocorre com eles, dar liberdade com limites e regras, colocar o ponto de vista sobre o assunto.

Passar firmeza aos filhos faz com que eles se sintam seguros para contar algo ou tirar dúvida. E na hora, mesmo que não sigam à risca o que ouviram, saberão formar sua opinião e pensarão antes de tomar uma decisão.

Os pais, ao conversar com os filhos, devem desfazer a cultura do machismo, educá-los para o respeito pelas meninas, bem como deixar claro para eles que a gravidez não é só dever da menina, mas do menino também.

5.2.6 Falas das adolescentes sobre estar Grávida na Adolescência

Eu acho que é ruim, porque a pessoa vai deixar de fazer muitas coisas que gosta, mas ao mesmo tempo vai estar feliz quando a criança nascer, né? Sair, curtir com as amigas, é [...] (Adolescente03)

Se a pessoa for muito nova e parar os estudos também. (Adolescente04)

Assim [...] porque nós vamos ficar mais com a responsabilidade né, se ficar grávida, aí ele acha que não tem nenhum problema (Adolescente06)

[...] Ai engravidar vai te prejudicar no estudo [...] No que você gosta de fazer muito. Isto vai sempre atrapalhar um pouco (Adolescente07).

Eu acho assim: tem muitos meninos que faz os filhos e abandona a mulher de mão. Eu acho que isso não é certo não, porque [...] Eu nem sei explicar. (Adolescente11).

[...] Porque uma irresponsabilidade não é só de uma mãe e sim do pai criar junto os dois (Adolescente09).

[...] Ai ela tá lá chorando porque não quer ser mãe, aí ela quer vim simhora. Também porque os dois não tem condição de criar o filho. Pra mim, o pai não vai ter tanta responsabilidade (Adolescente10).

5.2.6.1 Trecho da Cartilha Sobre Estar Grávida na Adolescência

ESTOU GRÁVIDA. E AGORA?

A gravidez aconteceu. Agora é hora de se cuidar e contar com o apoio da família. Você e seu bebê irão precisar de atenção, pois engravidar na adolescência pode levar a mãe e o bebê a ter problemas de saúde como:

Pressão alta, bebê nascer com baixo peso, sangue fraco (anemia profunda), problema no momento do parto, parto cesáreo, bebê nascer antes do tempo e aborto.

Além disso: você terá que assumir tarefas diferentes para sua idade. Talvez, parar de estudar, entrar numa união séria, não conseguir cuidar da criança e os sonhos passam para segundo plano (emprego, viajar, passear com as amigas, afastar-se do grupo de amigos).

5.2.7 Fala das adolescentes sobre causas da Gravidez na Adolescência

Eu conheço uma pessoa que ela se juntou, aí quando ela vai pra cama, aí o marido dela diz que ele não vai usar camisinha. Nunca vai usar. Que ela que se cuide. Que se ela engravidar, que ele não tá nem aí (Adolescente05).

[...]Aí muito deles dizem que não vai usar camisinha porque ela tem que ter a responsabilidade de não engravidar. Aí eu acho que a pessoa fica meio insegura por causa disso de ela usar e ele não (Adolescente10).

Às vezes elas agem por impulso porque o parceiro quis e ela não quis dizer não e faz e às vezes não se previnem (Adolescente05).

Eu acho que não é fácil não falar com o parceiro para ele se prevenir, eu acho que é uma coisa difícil (Adolescente03).

Muitas vezes é a timidez (Adolescente05).

Eu acho que o pensamento do homem é mais difícil do que o da mulher, a mulher já pensa mais em se prevenir, o homem não, ele já quer é se jogar, ele nem liga para o que a mulher pensa, acha a mulher mais sensível, ela pensa em se prevenir. O homem pensa diferente. (Adolescente04)

Porque se a amiga estiver influenciando, então não é amiga de verdade. Pois tem que esperar seu momento. (Adolescente07)

Pode até saber, mas o prazer que ela tem pode ser maior que a consciência dela e acaba indo e nem se dá conta se está usando ou não. (Adolescente09)

[...]Porque. pois se a outra pessoa disser que só se for usando camisinha, a outra pessoa acha que não é legal usar ou pode nem querer mesmo, ai acaba cedendo porque a pessoa diz que não vai usar ou então dá um queixo mesmo. (Adolescente07)

Tem delas que querem ter a responsabilidade de ter um filho para sairem de casa, se ver longe da mãe e do pai, só que quando vem a criança vem as consequências do final. (Adolescente04)

Eu acho assim, que tem muita jovem que quer ser mãe, eu sou o caso duma[...] [...]Eu quero adotar uma criança ou mamãe adota ou ela adota, não tem escolha... porque assim, eu nunca tive carinho de uma mãe, eu nunca tive aquela conversa que muitas de vocês tem de conversa com a mãe: “mãe”... eu nunca disse: “mãe, eu estou menstruada”... “mãe, compra um absorvente pra mim”[...]...].Eu acho assim: se eu tivesse uma criança, eu ia dar tudo aquilo que eu nunca recebi... que não é bem material, mas sim amor, atenção... eu sabia chegar e conversar “o que você está sentindo?” eu chegava e perguntava “está menstruada hoje?”... eu chegava e dizia, porque se algum dia eu dizer: “mãe eu estou grávida”, a minha mãe vai dizer assim: “tá grávida? Tá né? Vá simhora pra casa do seu pai”... uma piza e “vai simhora pra casa do seu pai” porque ela também não teve aquele amor de mãe e nem eu tive... nenhum de nós tivemos amor de mãe. (Adolescente02)

[...] Eu sempre falei pra ela “Sandra, se tu se ajuntar, tu vai engravidar, vai acontecer, tu vai deixar de fazer as coisas que tu gosta”. Ai ela: “Não, não se preocupe que isto não vai acontecer não” “Pois tu vai quebrar tua cara”. Ai ela se ajuntou... agora a primeira vez que ela ficou com o namorado dela, ela já engravidou... ai ela se juntou... e hoje ela está grávida[...] [...] ai ela achou que ela namorando, se juntando com o namorado dela, ela ia viver mais feliz... la curtir mais a vida. (Adolescente02)

5.2.7.1 Trecho da Cartilha Sobre Causas da Gravidez na Adolescência

POR QUE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA?

Muitas são as causas de uma gravidez na adolescência; dentre elas podemos citar: Início precoce (cedo) da vida sexual, imaturidade emocional, tornar o sexo algo banal, liberdade sem limites, falta de conversa dentro da família, conflito nas relações de família, o poder que grupos/amigos exercem, medo do namoro acabar, decisões tomadas no momento de tesão sexual, pensar que não vai ocorrer comigo, gravidez precoce (cedo) anterior na família e/ou na própria adolescente, uso de álcool e /ou drogas, falta de informações e uso não correto dos métodos anticoncepcionais.

5.2.8 Falas das adolescentes sobre Prevenção da Gravidez na Adolescência

Usar camisinha e comprimido, se prevenir (Adolescente01).

Eu acho que a gente deve não só se prevenir da gravidez, mas também das doenças sexualmente transmissíveis, e tudo mais [...] (Adolescente07).

Existem outros métodos também. Injetáveis, comprimido, camisinha, DIU... Não sei dizer o que é, mas sei o que é e que esses apresentam índices de falhas que existem... Que também tem muitas falhas (Adolescente07).

[...] A minha mãe engravidou tomando comprimido, mas não deu certo, engravidou do mesmo jeito [...] (Adolescente02).

[...] é melhor os dois se prevenir (Adolescente13).

5.2.8.1 Trecho da Cartilha sobre Prevenção da Gravidez na Adolescência

QUAL CAMINHO SEGUIR PARA SE PROTEGER?

Para se prevenir da gravidez na adolescência, você pode decidir não ter relação sexual ou usar métodos anticoncepcionais. Estes evitam ou diminuem a chance de uma mulher ficar grávida após ter tido uma relação sexual.

Vale a dica: não existe o melhor método. O método bom é o que a menina e o menino sentem firmeza e decidem juntos usarem e que seja um método aceito para adolescente. Procure um profissional de saúde para que ele fale sobre os métodos anticoncepcionais.

CONHECENDO OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Os métodos anticoncepcionais podem ser: comportamentais, de barreiras, hormonais e cirúrgicos. Atenção, pois existem os mais aceitos para adolescência.

Métodos comportamentais pouco são aceitos para adolescentes, pois são pouco seguros e precisa planejar as relações sexuais. São estes: Tabela: serve para estimar o tempo fértil, útil tanto pra quem quer ficar grávida como para quem deseja evitar a gravidez. É preciso que os espaços entre os ciclos menstruais (o início de uma menstruação até o início da próxima) sejam regulares, ou seja, tenham intervalos quase iguais. Sendo que a ovulação (liberação do óvulo) ocorre, em sua maioria, no meio do ciclo, ou seja, num ciclo de 28 dias, esta vai ocorrer no 14º; e se for um ciclo de 30 dias, no 15º dia.

O maior risco de ficar grávida ocorre nas 48 horas antes da ovulação. Qualquer outro momento do ciclo feminino que não inclua esse tempo curto pré e pós-ovulatório, não há risco de gravidez.

Muco Cervical: este método é mais usado para quem deseja ficar grávida, pois o mesmo prevê o momento da ovulação, através do muco cervical. Alguns dias antes da ovulação, o muco que o útero produz se altera ficando mais espesso (grosso) e elástico. Nesse tempo, o muco é chamado de fértil, pois ajuda na locomoção dos espermatozoides rumo ao útero e às trompas. É um método pouco seguro para ser usado como anticoncepcional.

Temperatura basal: antes de levantar da cama, assim que acordar sem fazer nenhum esforço, você olha a temperatura do seu corpo na boca, reto ou vagina. Esta costuma ser mais baixa no início do seu ciclo, entre 36° e 36,5°C. Após a ovulação ela sobe pra em torno de 37°C. Quando você está ovulando, ela tem um aumento de 0,25 e 0,50°C.

FIQUE LIGADO: O coito interrompido é tirar o pênis da vagina antes de o homem liberar o líquido (sêmen) no canal vaginal. Pode haver dois grandes problemas: o homem não retirar o pênis na hora certa e o líquido cair na vagina com os espermatozoides e ocorrer à gravidez; ou sair um líquido antes com presença de espermatozoide, o que também gerará uma gravidez. Por isso, esse método não é seguro.

Abstinência Sexual: é quando a pessoa escolhe não ter relação sexual. Portanto não se contrai DST's e nem há perigo de engravidar, sendo um método 100% seguro.

Nos métodos de barreiras, o que mais se indica para adolescentes são a camisinha masculina, feminina e o diafragma. O DIU (Dispositivo Intrauterino) pouco se indica. **Camisinha masculina:** Deve ser posta do lado correto, com cuidado para não entrar ar e, assim, correr o risco dela estourar ou furar. Deve-se retirar logo, no final do ato sexual, e ser jogada no lixo. A camisinha, além de evitar uma gravidez, evita também doenças sexualmente transmissíveis.

Camisinha Feminina: É feita de borracha e cobre toda a pele (mucosa) da vagina, não deixando que o pênis e suas secreções tenham contato direto com a mesma. Apesar de ter a mesma função que a camisinha masculina ela é menos popular,

talvez por não ser tão simples de se usar. Serve como proteção às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.

Diafragma: consiste numa cúpula flexível (meia esfera) de silicone, com um lado côncavo e outro convexo (concha arredondada), que se coloca na frente do colo do útero. Em geral, coloca-se dentro da concha um espermicida antes de o diafragma ser posto em frente ao colo do útero para aumentar seu efeito de método anticoncepcional. Ele vem em vários tamanhos. Antes de usar, deve-se ir ao ginecologista para que o mesmo diga o tamanho correto. Por proteger apenas o colo do útero, não tem proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Deve ser lavado após cada ato sexual, para que possa ser usado nas próximas relações sexuais.

Espermicida: tem função de matar os espermatozoides, não deixando que eles cheguem ao útero feminino. Deve ser usado antes de começar a relação sexual, junto com a camisinha e/ou diafragma. Não usá-lo só, pois seu efeito é baixo como método anticoncepcional. Os espermicidas podem ser em forma de gel, espuma ou creme.

DIU (Dispositivo Intrauterino) – Um pequeno produto de plástico em forma de T, que impede o encontro do espermatozoide com o óvulo. Sendo posto no útero por um profissional de saúde (ginecologista). É eficaz e seguro e pode ficar no útero por até 10 anos. Não é um método de escolha para adolescente.

Os métodos hormonais orais e injetáveis são os de escolha para adolescentes. São eles a pílula anticoncepcional e o injetável mensal.

Métodos hormonais Oraís

Pílula Anticoncepcional: Existem vários tipos e marcas de anticoncepcionais. Eles devem ser prescritos por um profissional da saúde (ginecologista), após consulta. A pílula deve ser tomada no dia no mesmo horário, não podendo ocorrer falhas. Ao final da cartela, passa-se uma semana de “descanso” (sem tomar a pílula) para ocorrer à menstruação. É mais eficaz quando usada junto com a camisinha.

Minipílula: contém apenas um hormônio. A minipílula é eficaz tanto quanto a pílula e tem a vantagem de provocar menos reações nas adolescentes. Mas ela deve ser tomada todos os dias quase na mesma hora. Caso atrase cerca de 3 (três) horas ou mais já é o bastante para que perca o seu efeito protetor. Não é um método de escolha para adolescentes.

Pílula do Dia seguinte ou de emergência: é uma pílula de doses muito altas de hormônios e só deve ser usada em um momento de emergência, quando a camisinha estourar ou o diafragma sair do lugar. Caso faça uso desse método com frequência, estará se expondo a doses muito altas de hormônios e ainda estará usando um método menos eficaz do que a pílula comum e a minipílula. Para ser eficaz, é preciso tomar o mais rápido possível ou até 72 horas. Depois de 3 (três) dias, a pílula de emergência já não é mais capaz de impedir a gravidez.

Métodos hormonais injetáveis

Anticoncepcional Injetável: Existem anticoncepcionais hormonais injetáveis mensais e trimestrais. O anticoncepcional hormonal injetável pode ser administrado em intervalos de 30 ou 90 dias, no músculo ou embaixo da pele. O efeito é igual tanto para mensal quanto para a trimestral. A menstruação, na maioria das vezes, reduz durante seu uso, mas não causa nenhum mal às mulheres.

Os métodos hormonais orais e injetáveis mais aceitos para adolescentes são a pílula anticoncepcional e o injetável mensal.

Métodos Cirúrgicos: método da vasectomia no homem, e na mulher, a ligação de trompas. Esses não são métodos de escolha na adolescência.

5.2.9 Falas das adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis

Eu acho que a gente deve não só se prevenir da gravidez, mas também das doenças sexualmente transmissíveis, e tudo mais... (Adolescente07)

Também tem que pensar nas consequências das doenças que causam, não pensar só na gravidez. (Adolescente04)

[...] é melhor os dois se prevenir. (Adolescente13)

5.2.9.1 Trecho da Cartilha sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis

E SOBRE AS DST (DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS), O QUE DEVEMOS SABER?

As Doenças Sexualmente transmissíveis (DST's) podem surgir após um contato sexual, seja ele vaginal, anal ou oral, por meio de um parceiro que contraiu uma DST. Qualquer pessoa pode pegar uma DST, sendo que o risco é mais comum nas pessoas que trocam de parceiros várias vezes e/ou não usam camisinha, masculina ou feminina, em todas as relações sexuais.

DICAS LEGAIS: se surgir nos seus órgãos genitais: corrimento, verrugas, feridas e/ou bolhas, irritação, bem como se arder no ato de urinar, dor nas relações sexuais e manchas na pele, procure um profissional de saúde.

FIQUE LIGADO: É bom lembrar que tem pessoas que não sentem nada e podem ter uma DST. Há ainda as pessoas que podem sentir algo e não ser uma DST.

Nunca use remédio por conta própria, ou porque algum amigo ensinou ou em balcão de farmácia. O parceiro deve ser tratado, pois se não o for, você mesmo tratado voltará a ter a doença outra vez.

5.2.10 Trechos da cartilha sobre o órgão reprodutor masculino e feminino

CONHECE SEU CORPO DE MENINA E/OU MENINO?

Para falar e pensar em se prevenir de doenças e gravidez na adolescência é básico conhecer o nosso corpo, em especial o sistema reprodutor humano.

FALANDO DOS ORGÃOS SEXUAIS DE MENINAS E MENINOS

Quais os órgãos sexuais dos meninos?

Pênis: é um órgão genital masculino, que tem dentro um tubo por onde passam a urina e o líquido (sêmen) que sai na hora da relação sexual. Tem em uma das suas

pontas uma cabeça (glande) com um buraco, por onde saem tanto a urina, como o esperma.

Bolsa escrotal: saco que guarda e protege os testículos.

Testículos: são glândulas (órgão que tem função de produzir secreção) que tem a função de fabricar os espermatozoides.

Epidídimo: é um local onde se guardamos espermatozoides. Neste local, os espermatozoides ficam maduros e móveis.

Canal deferente: canal que leva os espermatozoides do epidídimo até um complexo de glândulas anexas.

Glândulas anexas: conjunto formado pela próstata, vesículas seminais e glândulas bulbo uretrais, que produzem a secreção que compõem o sêmen, líquido que dá nutrição aos espermatozoides e os mantém vivos.

QUAIS OS ÓRGÃOS SEXUAIS DAS MENINAS?

Vulva: conjunto de partes que formam o aparelho reprodutor feminino externo (lábios vaginais, furo da uretra, buraco da vagina e clitóris).

Lábios vaginais (Grandes e pequenos lábios): são dobras da pele que protegem o aparelho reprodutor feminino.

Clitóris: órgão sensível e que dá prazer.

Vagina: local que recebe o pênis durante o ato sexual. Sendo também o local por onde sai a menstruação e o bebê na hora do parto normal.

Útero: local onde o bebê cresce durante o período da gestação e que o protege contra pancadas.

Trompas de falópio: tem a função de levar o óvulo (gameta feminino) do ovário até o útero. Em geral, é nas trompas que ocorre a fecundação, ou seja, o encontro do espermatozoide (gameta masculino) com o óvulo.

Ovários: são glândulas que liberam os óvulos (ovulação) de acordo com o ciclo menstrual feminino com início na puberdade, que ocorre por volta dos oito aos treze anos de idade.

“Conhecer o próprio corpo é fundamental para uma vida saudável! Previna-se!”

5.3 VERIFICAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO CONTEÚDO DA CARTILHA

5.3.1 Segundo o instrumento SMOG (*Simple Measure of Gobbeledygook*)

5.3.1.1 10 Sentenças do Início do Texto da Cartilha

VIVENDO A ADOLESCÊNCIA: GRANDES DESCOBERTAS

E afinal, o que é **Sexualidade**?

Quando se pensa ou se fala em sexualidade, a primeira ideia que se vem à cabeça é “sexo” ou “relação sexual”. Mas a sexualidade vai muito além disso. É nosso jeito de vestir, andar, falar, de abraçar, fazer carinho (carícias). Está presente em toda nossa vida. A sexualidade é parte do “eu” de cada um, e muda ao passar dos anos, de acordo com o que é vivido no dia a dia.

Lembre-se: Não se pode separar a sexualidade do corpo ou pensar o corpo sem a sexualidade. Deve-se conhecer e cuidar do mesmo.

Meninos x Meninas?

Você já parou pra pensar porque as meninas usam rosa e os meninos, azul?

Nas 10 primeiras sentenças = 03 palavras complexas

5.3.1.2 10 sentenças do meio do texto da cartilha

FIQUE LIGADO: O coito **interrompido** que é à saída do pênis da vagina da mulher antes do homem liberar o líquido (sémem) no canal vaginal. Pode haver dois grandes problemas: o homem não retirar o pênis na hora certa e o líquido cair na

vagina com os **espermatozoides** e ocorrer à gravidez; e sair um líquido antes com presença de espermatozoide, que também gerará uma gravidez. Ou seja, este método não é seguro como método **anticoncepcional**.

Abstinência sexual: é quando a pessoa não DESEJA ter relação sexual. Portanto não se contrai DST's e nem há perigo de pegar uma gravidez, sendo um método 100% seguro.

Nos métodos de **barreiras**, o que mais se indica para adolescentes são a **camisinha masculina, feminina** e o **diafragma**. O DIU (**Dispositivo Intrauterino**) pouco se indica.

Camisinha masculina: Deve ser posta do lado correto com cuidado para não entrar ar e evitar que estoure ou fure. Deve-se retirar logo no final do ato sexual e jogada em lixo. A camisinha além de evitar uma gravidez que não se queira, evita doenças **sexualmente transmissíveis**.

10 sentenças no meio da cartilha = 13 palavras complexas

5.3.1.3 10 Sentenças do Final do Texto da Cartilha

Líquido que fornece nutrição aos espermatozoides e os mantem vivos.

O que temos nas meninas?

Vulva: conjunto de partes que formam o **aparelho reprodutor** feminino externo (lábios vaginais, furo da uretra, buraco da vagina e clitóris).

Lábios vaginais (Grandes e pequenos lábios): são dobras da pele que protegem o aparelho reprodutor feminino.

Clitóris: órgão sensível e que dá prazer.

Vagina: local que recebe o pênis durante o ato sexual. Sendo também o local por onde sai a **menstruação** e o bebe na hora do parto normal.

Útero: local onde o bebe cresce durante a gestação e o protege contra pancadas.

Trompas de falópio: tem a função de levar o óvulo (gameta feminino) do ovário até o útero. Em geral é nas trompas que ocorre a **fecundação**, ou seja, o encontro do espermatozoide (gameta masculino) com o óvulo.

Ovários: são glândulas que liberam os óvulos (ovulação) de acordo com o ciclo menstrual feminino com início na **puberdade**, que ocorre por volta dos oito aos treze anos de idade.

10 sentenças no final da cartilha: 05 palavras complexas

Após aplicação do instrumento SMOG para verificação da adequação do conteúdo sobre saúde sexual e reprodutiva contida na cartilha, observou-se que o somatório das palavras complexas nas trinta sentenças selecionadas, sendo 10 (dez) sentenças do início do texto, 10 (dez) sentenças do meio do texto e 10 (dez) sentenças do final do texto, chegou a um resultado de 22 palavras complexas, o que, ao estimar a raiz quadrada mais próxima de 22 palavras, obteve-se a raiz quadrada de 4 (quatro), que adicionado ao número 3 (três), chega ao somatório do número 07 (sete), o que corresponde aos escores SMOG/nível de leitura da 7ª série, que equivale no Brasil ao 8º ano (QUADRO 4).

Quadro 4 – Análise da leiturabilidade da cartilha por parte dos adolescentes na faixa etária de 11 a 14 anos de idade, da escola municipal do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará

Sentenças	Palavras complexas	Raiz Quadrada/Quadrado perfeito	Escores SMOG
10 sentenças no início da cartilha	03	$\sqrt{21}$ A raiz quadrada exata mais próxima é $\sqrt{16} = 4$	$4 + 3 = 7$ SMOG/nível de leitura da 7ª série , que equivale no Brasil ao 8º ano.
10 sentenças no meio da cartilha	13		
10 sentenças no final da cartilha	05		
Total de 30 sentenças	Total de 21 palavras complexas		

Fonte: Elaborado pela autora

5.3.2 Segundo o instrumento SAM (Suitability Assessment of Material)

Conhecido o nível de leitura da cartilha, foi utilizado o SAM que se encontra detalhada na subseção 4.6.4 da revisão da literatura e nos anexos A e B.

Para tanto, foi utilizado os critérios de pontuação do SAM de acordo com os seguintes tópicos: i) conteúdo; ii) demanda de letramento; iii) gráficos; iv) layout e tipografia; v) estímulo à aprendizagem, motivação e vi) adequação cultural. Onde foi obtido o seguinte resultado:

Segundo o conteúdo:

- i. Propósito explícito e previamente estabelecido no título, na ilustração ou introdução: 2 (dois) escores; avaliado como superior;
- ii. Conteúdo com os conhecimentos e habilidades visando o comportamento desejável: 2 (dois) escores; avaliado como superior;
- iii. O escopo está limitado às informações essenciais e diretamente relacionadas aos objetivos; pode-se aprender a tempo: 2 (dois) escores; avaliado como superior;
- iv. Algumas ideias-chaves são revisadas: 1 (um) escore; avaliado como adequado.

Segundo a demanda de Letramento:

- v. Nível de 6^a, 7^a ou 8^a série (nível de escolaridade de 6-8 anos): 1 (um) escore; avaliado como superior;
- vi. Cerca de 50% do texto usa estilo mais informal e voz ativa e menos da metade das sentenças têm informações implícitas: 1 (um) escore; avaliado como adequado;
- vii. Palavras comuns são frequentemente usadas, palavras técnicas e CCVJ (conceitos, categorias, valores julgados) são às vezes explicadas por exemplo

e algum jargão ou símbolos matemáticos são incluídos: 01 (um) escore; avaliado como adequado;

- viii. O contexto é exposto antes da apresentação de novas informações: 2 (dois) escores; avaliado como superior;
- ix. Quase todos os tópicos são precedidos por um organizador antecipatório (uma afirmação que antecipa para o leitor o que virá no texto): 2 (dois) escores; avaliado como superior:

Segundo os gráficos:

- x. A imagem da capa é amigável ou é atrativa, chama a atenção e retrata claramente o propósito do material: 1 (um) escore; avaliado como adequado;
- xi. Nas ilustrações são usados desenhos, esboços, figuras simples e familiares aos leitores: 2 (dois) escores; avaliado como superior;
- xii. As ilustrações com mensagens-chave visuais; o leitor pode compreender as ideias-chave apenas com as ilustrações; não distrações: 2 (dois) escores; avaliado como superior;
- xiii. Passo a passo das orientações com um exemplo. A compreensão é construída pelo leitor: 02 (dois) escores; avaliado com superior;
- xiv. Legendas não são usadas: 0 (zero) escore; avaliado como não adequado;

Segundo o Layout e a tipografia:

- xv. Fatores de layout (ilustrações mesma página/adjacentes ao texto; layout/sequência das informações consistentes e o paciente pode prever o fluir da informação; dispositivos visuais orientam a atenção para pontos específicos ou conteúdo-chave; espaços brancos adequados são usados para reduzir a aparência de desordem; cor como suporte e não causam distração; comprimento da linha com 30-50 caracteres e espaços; alto contraste entre as fontes e o papel; papel sem brilho ou com superfície com baixo brilho: 2 (dois) escores; avaliado como superior;

- xvi. A fonte do texto é *serif* maiúscula e minúscula (melhor) ou *sans-serif*; o tamanho da fonte é, no mínimo, 12; há pistas tipográficas (negrito, tamanho, cor) para enfatizar pontos-chave; não tem tudo em “CAPS” no cabeçalho e ao longo do texto: 2 escores; avaliado como superior;
- xvii. O texto é subdividido com subtítulos ou “*chunks*”, não havendo mais que cinco itens sem um subtítulo: 2 (dois) escores; avaliado como superior;

Segundo o estímulo e a motivação para o aprendizado:

- xviii. O formato pergunta-resposta é usado para discutir problemas e soluções (interação passiva): 1 (um) escore; avaliado como adequado;
- xix. A informação é uma mistura de linguagem técnica e comum, que leitor pode não interpretar facilmente em termos de vida diária: 1 (um) escore; avaliado como adequado;
- xx. Tópicos complexos são subdivididos dentro de partes pequenas para que os leitores possam experimentar pequenos sucessos na compreensão ou resolução de problemas, levando à autoeficácia: 2 (dois) escores; avaliado como superior;

Segundo a adequação Cultural:

- xxi. Conceitos e ideias centrais do material surgem em consonância com a lógica, a linguagem e a experiência da cultura-alvo: 2 (dois) escores; avaliado como superior;
- xxii. Imagens e exemplos apresentam a cultura de maneira positiva: 2 (dois) escores; avaliado como superior.

Quadro 5 – Resultado da análise da adequação da cartilha para adolescentes da escola municipal do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará na faixa etária de 11 a 14 anos de idade, segundo os critérios do Suitability Assessment of Materiais (SAM)

Total de Escores SAM	35
Total de Escores possíveis do SAM	44
Percentual de Escores	79,54 %
Resultado	Superior

Fonte: Elaborado pela autora

6 DISCUSSÃO

A compreensão leitora dos adolescentes, levantada pela técnica de Cloze, foi muito baixa. O percentual obtido foi de 92,15% com nível de frustração, ou seja, as adolescentes apresentaram pouco êxito na sua compreensão leitora, necessitando de auxílio.

Pode-se perceber que durante a aplicação do texto lacunado, mesmo após toda a explicação do procedimento, a grande maioria das adolescentes apresentavam dificuldade no preenchimento das lacunas. Embora, o texto da “Caderneta do Adolescente” (BRASIL, 2009), que foi lacunado, já tivesse sido trabalhado com as mesmas, na escola, através de profissionais de saúde e professores. O procedimento de Cloze está fundamentado na redundância, que é um método auxiliar de linguagem, onde esse fato ocorre toda vez que uma mesma informação se encontra disponível em mais de uma fonte, como, por exemplo, nos recursos audiovisuais em que a mesma informação é ouvida ou visualizada concomitantemente (SMITH, 1989).

Embora existam a Caderneta do Adolescente da Menina e do Menino (BRASIL, 2009), o que se percebe, segundo suas falas, é que o texto do Ministério da Saúde é pouco compreendido pelas adolescentes.

Segundo o Círculo de Diálogo, das 21 adolescentes participantes, 13 destas participaram de forma ativa, enquanto 8 permaneceram, quase o tempo inteiro, em silêncio, mesmo com a condução e o incentivo do facilitador para a participação de todas, pois para que aconteça o diálogo faz-se necessária a presença de um facilitador para manter este contexto, com a finalidade de que o hábito de discutir não prevaleça, e sim, o diálogo (SENGE, 2002, p. 273). Com o diálogo se constrói a cultura de um grupo, pois é por meio deste que se dá todo o processo de comunicação grupal para se entender o pensamento coletivo. Embora se discuta que o diálogo também é um fenômeno que ocorre no interior das pessoas (BOHM, 1989).

Todos os tópicos temáticos abordados na cartilha foram embasados no Círculo de Diálogo, por meio do pensamento coletivo. Segundo David Bohm (2003), o pensamento coletivo é mais rico que o pensamento individual. Pois, este momento do diálogo permite uma visão mais abrangente da realidade, bem como a participação do pensamento coletivo, evitando, dessa forma, compreensões limitadas da realidade (BOHM, 2003).

Na construção de recursos educativos, se aconselha a interação entre as pessoas envolvidas. Essa interação deve sempre vir articulada a um comprometimento da participação para a promoção da saúde. Dessa forma, entendendo a cartilha como um material que é construído para a produção do cuidado em saúde, pode-se considerar esta como uma tecnologia (SOUZA *et al.*, 2014).

As tecnologias em saúde são classificadas em leves, leve-duras e duras. Vale ressaltar que a tecnologia leve é vista como uma ferramenta que facilita a produção de relações entre as pessoas envolvidas, por meio da escuta, na construção de vínculos e no gerenciamento utilizado na busca da qualidade do cuidado do outro (SOUZA *et al.*, 2014).

A produção das ações de saúde deve ser um trabalho vivo, onde predominem as tecnologias leves (acolhimento, educação em saúde - cartilha) em detrimento das tecnologias duras (equipamentos e saberes estruturados) (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Por meio da educação em saúde se pleiteia um pensamento crítico e de reflexão, onde se esclarece a realidade e propõem medidas transformadoras que conduz o indivíduo a sua autonomia, passando a ser um sujeito capaz de propor e opinar nas suas decisões de saúde para o seu autocuidado (SOUZA *et al.*, 2014).

Dessa maneira, a cartilha aparece como um instrumento de apropriação das adolescentes na melhoria da qualidade da vida, já que tiveram participação na construção da mesma, como corrobora Sousa *et al.* (2012), quando faz menção que “A participação é entendida como um processo consciente, crítico, em que a mudança de comportamento para cuidar da saúde se dá pela aprendizagem sobre

saúde, pelas habilidades aprendidas, pelo entendimento das condições de saúde articuladas ao estilo de vida e como os serviços de saúde operam”.

Vale ressaltar que o usuário, como gestor de sua vida, tem seus saberes, valores, desejo e potências, e que devem ser levados em conta no processo de construção do seu plano de cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O discurso apresentado pelas adolescentes mostra que a maioria destas não considera que a sexualidade se resume apenas a sexo, como muitas vezes se é pensado por parte das pessoas, confirmando o que Gonçalves (2013 *apud* Santos, 2001) alude quando expõe que a sexualidade vai além dos aspectos biológicos e reprodutivos. Esta faz parte da personalidade e desejos. E citando Jesus (2007, p.190), quando afirma que “Sexualidade se manifesta, então, a todo o momento, em todo e qualquer espaço em que o sujeito, meninos e meninas, homens e mulheres, está inserido”.

A sexualidade é uma expressão psicoafetiva de cada ser humano, que extrapola sua base biológica, ou seja, é algo que vai além do “sexo” e que sua manifestação acompanha os padrões e valores sociais da época (BRESTAS; SILVA, 2005).

Em se tratando de como prevenir uma gravidez na adolescência, percebe-se, nas falas das mesmas, que a maioria das adolescentes até sabem da existência de métodos contraceptivos, embora ainda de forma muito limitada, pois a maioria só citou condon, anticoncepcional oral e injetável e DIU. E mesmo assim, ressaltando-se que algumas destas não sabiam ao certo como estes funcionam, bem como a sua margem de segurança. O que nos mostra claramente a falta de informação acerca do assunto abordado, corroborando com Oliveira (1998), quando este afirma que quanto maior for o nível escolar e a idade, mais a adolescente terá conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais. Portanto, isto justifica o não uso de métodos contraceptivos por parte de algumas adolescentes menores de idade. Ressalta-se ainda, que a pílula foi o método mais utilizado pelas adolescentes.

Estudos que abordem a dupla proteção, ou seja, que abordem proteção contra DST's e gravidez na adolescência são poucos. Em especial, quando este está vinculado ao uso de dois métodos. Porém, não podemos deixar de ressaltar

também que o não uso de métodos preventivos podem também levar a uma gravidez indesejada, sendo este um processo que envolve mudanças fisiológicas e psicológicas complexas (GARBIN, 2010).

Ao falarem sobre a questão de gênero, percebeu-se que as adolescentes reproduzem nas suas falas algo que se construiu ao longo de décadas, dando ênfase em uma diferenciação do papel da mulher nos seus espaços. Onde a menina tem que ser passiva, sensível, dona de casa, e o menino é incentivado a ser forte, valente, pode brincar na rua, jogar bola. De acordo com Bretas e Silva (2005) ao longo da nossa história, os papéis sexuais que foram definidos pela nossa sociedade nos fez acreditar, de maneira errada, que o homem é um ser admirável, genial, naturalmente predeterminado para o ato sexual, e que a mulher, com sua vocação maternal, escolheria a reprodução.

Dessa forma, evidenciam-se mais claramente as diferenças existentes em relação às representações de gênero, à identidade feminina e à importância concedida à reprodução e à maternidade entre os meninos e meninas (PINHEIRO, 2000).

Faz-se importante a inserção do homem na conjuntura das ações direcionadas à saúde reprodutiva, para que o mesmo possa ajudar nas decisões e responsabilidades frente à saúde reprodutiva e cuidado com os filhos (COSTA *et al.*, 2005).

Brandão e Heilborn (2006, p. 1427), elucidam que:

Se o exercício da sexualidade e a decisão reprodutiva podem ser compartilhados por homens e mulheres, a gestão da contracepção continua a ser encargo feminino, ainda bastante submetido à capacidade de autodeterminação e de negociação com o parceiro. Analisando as falhas, esquecimentos ou não uso de métodos contraceptivos pelas mulheres, elas argumentam que tais injunções só podem ser compreendidas como “momentos de vulnerabilidade” em um contexto social e relacional específico.

Um estudo realizado por Trindade e Menandro (2002) afirma que os adolescentes, ao iniciarem seus relacionamentos, na sua maioria não estão preparados para enfrentar o planejamento familiar, a prevenção de DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e a anticoncepção como uma responsabilidade dos

dois. Sendo que os adolescentes veem como responsabilidade atribuída à mulher, e justificam a gravidez como interrupção da anticoncepção oral por parte da companheira (LUZ; BERNI, 2010).

Outro aspecto que podemos destacar nas falas das adolescentes, é sobre a não responsabilização por parte dos adolescentes, frente a uma gravidez na adolescência, concordando com Luz e Berni (2010), onde se coloca que a concepção masculina da paternidade inclui aspectos do relacionamento dos adolescentes com base em uma vivência sexual, sem muita preocupação com planejamento futuro, em que a responsabilidade reprodutiva é direcionada à mulher.

Ressalta-se que foi bastante mencionado pelas adolescentes a pressão, por parte dos grupos de amigos, no sentido de se manterem relações sexuais. Sendo que, segundo as mesmas, algumas conseguem ter autonomia em assumir que “não é o momento adequado para tal ato”, e concordam que uma grande maioria ainda cede com facilidade frente às pressões do grupo que estão inseridas. Segundo o discurso apresentado, algumas adolescentes informaram não ser fácil ter que negociar com seu parceiro o uso do preservativo para a prevenção da gravidez na adolescência, principalmente por conta da timidez, estando coerente com Parnell (2015 *apud* NIELSEN-BOHLMAN *et. al*, 2004), quando afirma que os grupos de amigos representam um papel significativo na vida dos adolescentes, desse modo, influenciam muito no comportamento de saúde do mesmo. Menciona-se também que os pais são um elemento considerável no progresso do letramento em saúde de seus filhos.

As adolescentes, na sua maioria, reconhecem as causas pelas quais as mesmas engravidam, quando citam em suas falas que: “elas pensam que ter um filho prende um homem”; “que o fato de se sentirem “presas”, as impulsionam a, no momento que encontram um pouco de liberdade, já manterem uma relação sexual, onde, na maioria das vezes engravidam”; bem como “quando cedem às pressões, aos queixos”, como assim relatam, “que os meninos passam”, dentre outras falas. Estando em consonância com Resta *et al.* (2010, p.70), onde, em seus estudos, revela que muitos fatores corroboram para a gravidez na adolescência, como:

[...] menarca e iniciação sexual precoce; a falta ou a baixa qualidade de informações sobre concepção e contracepção; a baixa estima das jovens; a aspiração à maternidade; a tentativa de alcançar a autonomia econômica e emocional; a não participação regular em grupos religiosos; a influência do grupo de iguais no processo de afirmação da identidade de gênero; a escolaridade e a classe econômica dos pais e das adolescentes; as relações familiares conflituosas e/ou a desestruturação familiar (especificamente a ausência do pai).

As adolescentes também reconhecem que algumas situações provocam o desejo, na menina/adolescente, de ser mãe, mesmo sem estar preparada física e psicologicamente. Desejos estes que são expressos ao ver uma mulher com uma criança, ou mesmo o desejo de adotar uma, no intuito de adquirir experiência para quando tiver seu filho biológico. Portanto, não devemos generalizar a gravidez na adolescência como algo totalmente indesejado e inconsequente, pois existem adolescentes que engravidam porque desejam ter um filho. Além de que, a gravidez tanto pode ser fruto de um desejo, como pode se dar pela falta de informação sobre sexualidade, saúde reprodutiva e métodos contraceptivos, bem como pela falta de preocupação em praticar sexo seguro como forma de evitar uma possível gravidez, dentre outras (ULTIAMADA, 2010).

Outro ponto que se pode destacar é a importância dos fatores psicodinâmicos, quando a gravidez se afirma pela tentativa de superar as carências afetivas resultantes de relações insatisfatórias, onde se busca compensar por meio da ligação com o próprio bebê ou com o parceiro, formando assim uma família. (PINHEIRO, 2000).

Diante do discurso apresentado por parte das adolescentes, pode-se verificar que a maioria consegue perceber quais as consequências mais frequentes que sofrem frente a uma gravidez na adolescência, entre elas: “deixar de ir à escola”, “ter que criar a criança sozinha”. O que está em consonância com Oliveira *et al.* (2009), ao mencionar que na sociedade moderna, a cada dia se torna mais frequente a iniciação precoce na vida sexual. O que muitas vezes leva a consequências sérias para os adolescentes. Uma delas é a gravidez indesejada, imprevista, levando a adolescente grávida a mudar de forma radical seu modo de viver e de estar na sociedade.

Corroborando com este pensamento Taborna (2014), quando alude que a gravidez na adolescência é vista como de risco, por representar, tanto para a mãe como para a criança, uma situação de risco biológico, devido à probabilidade de desenvolver síndromes hipertensivas, partos prematuros, anemia, pré-eclâmpsia, desproporção feto-pélvica, restrição do crescimento fetal, além de problemas consequentes de abortos provocados e/ou pela falta de assistência adequada. Além disso, reverbera de forma negativa nos índices de evasão escolar, bem como na diminuição de suas oportunidades futuras.

Outro ponto que foi abordado pelas adolescentes, em suas falas, foi a necessidade de se manter um diálogo com suas mães acerca da sexualidade, da gravidez na adolescência, sobre educação sexual e reprodutiva, pois, segundo as mesmas, os primeiros ensinamentos deveriam vir de casa, e isto não acontece, gerando muitas vezes consequências não muito agradáveis para as elas, como por exemplo, uma gravidez na adolescência. A fala das mesmas está coerente com Gonçalves (2013), quando afirma que a falta de diálogo e orientação relativos à sexualidade no contexto familiar contribui para a exposição dos adolescentes à prática do sexo inseguro e à gravidez precoce, na maioria das vezes, indesejada, bem como a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, culpa e sentimento de vergonha. Corroborando com o pensamento de Taborna (2014), quando coloca que a adolescência constitui uma faixa etária de risco elevado para a transmissão de DST's e gravidez indesejada.

O diálogo entre os pais, professores, profissionais de saúde com os adolescentes constitui uma ferramenta de grande importância como via de informação na educação sexual e reprodutiva dos mesmos. Ao contrário, os jovens mal informados tendem a iniciar a vida sexual com escassez de informações, na maioria das vezes sem nenhum conhecimento acerca do corpo, bem como das consequências que virão, devido a um comportamento precipitado (OLIVEIRA *et al.*, 2009). O mesmo autor coloca que o jovem, quando advém de uma família em que os pais têm um bom vínculo com os mesmos, e quando a escola promove educação sexual, onde se discutem o tempo certo em que o corpo está preparado para manter relações sexuais e gerar um filho, há uma baixa probabilidade de gravidez precoce.

Ainda hoje, a conversa em família sobre a educação sexual dos filhos ainda é algo muito falho, embora, nos últimos anos, nossa civilização tenha vivido momentos de maior liberalidade em relação aos comportamentos sexuais dos jovens. Mesmo assim, os pais, muitas vezes, por acreditarem que seus filhos são jovens demais para falar sobre o assunto, se isentam de tal responsabilidade, considerando a sexualidade como exclusiva do mundo adulto (GONÇALVES, 2013).

Dessa forma, é importante que os adultos compreendam que a sexualidade está presente em todo indivíduo, em toda nossa vida, independente da idade. E que, faz-se necessário que as dúvidas dos jovens sejam esclarecidas e discutidas, da maneira mais objetiva e clara, para que os mesmos possam experimentar sua sexualidade de forma responsável, saudável e digna (GONÇALVES, 2013).

Gonçalves (2013, p.252) faz menção às consequências que podem acontecer devido à omissão do diálogo em família sobre educação sexual e reprodutiva com os filhos:

O “não dialogar”, desse modo, facilita a exposição de adolescentes a situações de riscos relacionados ao exercício da sexualidade, como gravidez indesejada, contágio de infecções sexualmente transmissíveis e traumas psicológicos e emocionais resultantes da vivência de uma sexualidade frustrante.

As DST's foram outro assunto abordado pelas adolescentes em suas falas. A desinformação sobre estas doenças e a falta de capacidade dos pais ou responsáveis em orientar os jovens acerca da sexualidade, são alguns dos motivos responsáveis pelos índices de contaminação destas nos adolescentes. Podendo estas se apresentarem como um grave problema de saúde reprodutiva nos mesmos, já que são responsáveis por causar esterilidade, câncer do colo uterino, gravidez ectópica, além de afetar negativamente na autoestima (GARBIN, 2010).

Segundo Sanders *et. al.* (2009), os comportamentos de saúde dos adolescentes estão diretamente relacionados às suas habilidades de letramento. O referido autor faz menção a 4 (quatro), estudos onde se evidencia que crianças e adolescentes com nível de leiturabilidade baixa apresentam maior risco de desenvolver um comportamento violento e agressivo, quando estes são comparados

com outros adolescentes e crianças com o nível de leiturabilidade mais elevada. Bem como outros dois estudos, em que, relatam que se percebe a associação entre leiturabilidade baixa com o uso de substâncias e na aquisição de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Percebe-se nas falas das adolescentes a dificuldade do grupo em transformar as informações obtidas em modo de viver, pois, é mencionado por elas a dificuldade de se entender certas expressões que o material educativo fornece, ou seja, que o uso de palavras com vocabulário elevado, dificulta a compreensão do texto, bem como a utilização destas informações para melhoria da qualidade de vida das mesmas. Segundo Needham *et. al.* (2010 *apud* FORTENBERRY *et al.*), quanto mais baixo for o nível de alfabetização de uma população, maior será o risco de adquirir infecções sexualmente transmissíveis, dessa forma, esta possuindo baixo letramento em saúde, constitui-se aí uma barreira para cuidar das DST's. Ainda citado por Needham *et al.* (2010), Fortenberry *et al.*: as mulheres adolescentes e adultas jovens, com nível baixo na alfabetização em saúde, apresetam uma diminuição na capacidade de compreender as informações acerca das infecções sexualmente transmissíveis.

Com base em todas as falas das adolescentes, intentou-se a construção de uma cartilha com a participação efetiva das adolescentes, onde as mesmas contribuíram colocando suas dúvidas e anseios, propondo sugestões, principalmente quanto à necessidade de se inserir uma linguagem mais acessível para a sua compreensão. Portanto, espera-se que com este material educativo, proposto neste estudo, possa contribuir de forma eficaz na construção do aprendizado sobre educação sexual e reprodutiva por parte dos mesmos, em consonância com o que Gonçalves (2013) descreve em seus estudos sobre a importância de uma educação sexual emancipatória, onde esta propicia reflexões para que os adolescentes possam compreender o que é certo e errado, positivo e negativo e construam conhecimentos de medidas preventivas para a promoção da saúde e do autocuidado, com vistas a uma educação sexual entre os jovens, não com o intuito de promover a abstinência sexual ou prolongar o início da vida sexual entre os mesmos, e sim, na construção da autoconsciência e no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas ações, sendo este livre para tomar suas decisões com responsabilidade e na hora adequada para viver a sexualidade compartilhada com outro indivíduo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que frente aos resultados obtidos no procedimento de Cloze, as adolescentes apresentam-se com um baixo nível de Letramento Funcional em Saúde, já que das 102 adolescentes, 94 destas, que representa 92,15% da população estudada, apresentou-se com nível de FRUSTAÇÃO, o que significa que possuem pouco êxito em sua compreensão leitora. E apenas 01 (uma) das adolescentes apresentou nível INDEPENDENTE, ou seja, que possui autonomia na compreensão, não necessitando de auxílio.

Quanto ao Círculo de Diálogo, este foi de uma riqueza de apanhado de informações acerca da promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência, embora, das 21 adolescentes participantes, 08 (oito) não tenham participado de forma ativa. No entanto, as 13 (treze) adolescentes que desempenharam uma participação bastante significativa contribuíram de forma relevante na construção da cartilha, com suas falas enriquecedoras.

Neste contexto, buscou a construção de uma cartilha tomando como base o baixo letramento das adolescentes. Assim, a mesma foi totalmente embasada nas falas destas, e de acordo com os referenciais teóricos para cada tópico abordado nela.

Vale ressaltar que, dentre os assuntos abordados pelas adolescentes, apenas dois não estão presentes na cartilha: masturbação e virgindade. A primeira não aparece porque não saiu de maneira espontânea, mas pela intervenção do facilitador. A segunda não consta, pois apareceu na fala de apenas uma delas.

A cartilha foi avaliada segundo o SAM e o SMOG. Assim, segundo o SAM, a mesma apresentou-se como material superior, pois após a contabilização do número de escores obtidos, esta apresentou um percentual acima de 70%. Ou seja, dos escores totais, que são 44, foram atingidos 35 escores, o que classificou a cartilha como superior, por obter um percentual de 79,54%.

Segundo o SMOG, a cartilha obteve um resultado de SMOG/nível de leitura da 7ª série, que equivale no Brasil ao 8º ano.

Os objetivos propostos deste estudo foram alcançados, desde o momento em que se analisou a compreensão de adolescentes escolares sobre saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência, através do procedimento de Cloze, bem como na construção da cartilha com embasamento no Círculo de Diálogo, assim como a avaliação da mesma através dos procedimentos do SAM e do SMOG.

Entretanto, se faz necessário que outras pesquisas sejam realizadas no intuito da utilização da cartilha por parte das adolescentes, possibilitando assim averiguarmos como esta contribuiu para melhoria da qualidade de vida das mesmas.

REFERÊNCIAS

ALLIENDE, F.; CONDEMARIN, M. **Leitura: teoria, avaliação e desenvolvimento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

ANGOTTI, J. A. P. Física e Epistemologias Heterodoxas: David Bohm e o Ensino de Ciências. Edição especial. **Cad. Bras. Ens. Fis.** Florianópolis, v. 19, n. especial, p. 70-83, 2002.

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

BOHM, D. **“Sobre o diálogo”**. Transcrição e edição de conversa em 1989 por Phildea Fleming e James Brodsky, tradução pela TAL (Transformação Aprendizagem e Liderança), s/d. (mimeo).

BOHM, D. **On Dialogue**. Lee Nichol. [S.l.]: Taylor & Francis, 2004.

BOHM, D. **On Dialogue**. London: Routledge, 2003.

BOHM, D.; FACTOR, D.; GARRET, P. **Dialogue: a proposal**, 1991.

BOREN, S. A. A Review of health literacy and diabetes: opportunities for technology. **Journal of Diabetes Science and Technology**, Bethesda, v. 3, n. 1, p. 222-229, 2009.

BORMUTH, J. R. **The Implications and use of cloze procedure in the evaluation of instructional programs**. Center for the study of evaluation of instructional programs. CSEIP Occasional Report n. 3. Los Angeles: University of California, april, 1967.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos**, Brasília: MS, 2012.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente. 7 ed. Brasília: Câmara dos Deputados: Edições Câmara, 2010. 225 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para organização de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: MS, 2007a.

_____. Presidência da República. Secretaria Estadual Especial de Políticas para as Mulheres. **Mulheres**: diálogos sobre segurança pública: uma contribuição à 1ª Conferência Nacional de Segurança Pública: SPM, 2009.

BRETAS, J. R. S.; SILVA, C. V. **Orientação sexual para adolescentes: relato de experiência**. *Acta paul. enferm.* [online]., v. 18, n. 3, p. 326-333, 2005.

BUJOLD, F.; DIONNE, J.; LAPOINTE, C. Uma atividade "sexo" que faz refletir. **Paidéia (Ribeirão Preto)** [online], v. 10, n. 18, p. 93-98, 2000.

CAPRA, F. **O Ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1995.

CHASSOT, A. **Alfabetização científica**: questões e desafios para a educação. Ijuí: Editora Unijuí, 2006.

_____. Alfabetização científica: uma possibilidade para a inclusão social. **Revista Brasileira de Educação**, n. 22, p. 89-100, jan./fev./mar./abr. 2003.

_____. **Catalisando transformações na educação**. Ijuí: Editora Unijuí, 1993.

COLBERT, A. M. **Functional health literacy, medication-taking self-efficacy and HIV medication adherence**. 2007. 289 f. Tese (Doctor of Philosophy) – Nursing Sector, University of Pittsburgh, Pittsburgh, 2007.

COSTA, M. C. O.; LIMA, I. C.; MARTINS, D. F.; SANTOS, C.A.S. T. S.; ARAÚJO, F. P.; ASSIS, D. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 719-727, jul./set. 2005.

DIAMOND, J. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. **Nutr J.**, v. 6, p. 1-4, 2007.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)** [online], v. 20, n. 45, p. 123-131. 2010.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. Philadelphia-USA: Pa JB Lippincott, 1996. 60p.

ERIKSON, E. H. **Identidade: juventude e crise**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara S.A., 1987.

FARAHANI, D. B. The effect of regular practice with cloze passages on EFL students' reading ability. Finland, **Theory and Practice in Language Studies**, Oulu, v. 1, n. 8, p. 941-946, ago., 2011.

FERREIRA, M. A. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto contexto - enferm. [online]**, v. 15, n. 2, p. 205-211, 2006.

FITZSIMMONS, P. R.; MICAEL, B. D.; HULLEY, J. L. A readability assessment of online Parkinson's disease information. **J R Coll Physicians**, Edinburgh, v. 40, n. 4, p. 292-6, 2010.

FRAM, R. D. **A Review of the literature related to the cloze procedure**. 1972. 264 f. Dissertação (Master in Education) – Boston University School of Education, 1972.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 38 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GARBIN, C. A.S.; LIMA, D. P., DOSSI, A. P.; ARCIERI, R. M.; ROVIDA, T. A. S. Percepção de Adolescentes em Relação a Doenças Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 22, n. 2, p. 60-63, 2010.

GONÇALVES, R. C.; FALEIRO, J. H.; MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **HOLOS**, [S.l.], v. 5, p. 251-263, out. 2013. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/784>>. Acesso em: 2 jan. 2016.

GUANABENS, M. F. G.; GOMES, A. M.; MATA, M. E. R., NOGUEIRA, Z. S. N. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Rev. bras. educ. med. [online]**. 2012, v. 36, n.1, supl.2, p. 20-24, 2012.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, P. N. C.; REGO, R. M. A V. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 31, n. 4, p. 640-646. 2010.

HURD, P. H. Science education and the nation's economy. In: CHAMPAGNE, A. B.; LOVITTS, B. E.; CALLINGER, B. J. **This Year in School Science**. Scientific Literacy. Washington: AAAS, 1958. p. 15-40.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf>, Acesso em: 26 mar. 2014.

IBGE. **Resolução Nº 07/IBGE**, 1º de julho de 2013. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.ago.12/iels166/U_RS-IBGE-7_300812.pdf. Acesso em: 26 mar. 2014.

JOLY, M. C. R. A.; ISTOME, A. C. Compreensão em Leitura e Capacidade Cognitiva: estudo de validade do teste Cloze Básico MAR. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 9, n. 2, p. 219-228, jul./dez, 2008.

JOVIC-VRANES, A.; BJEGOVIC-MIKANOVIC, V.; MARINKOVIC, V. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. **Journal of Public Health**, v. 31, n. 4, p. 490-495, 2009.

KATO, M. A. **No mundo da escrita**: uma perspectiva psicolingüística. São Paulo: Ática, 1986.

KLEIMAN, Â. B. **Os significados do letramento**: uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita. Campinas: Mercado das Letras, 1995.

KUTNER, M.; GREENBER, E.; JIN, Y. PAULSEN, C. **The health literacy of america's adults**: results from the 2003 national assessment of adult literacy (NCES 2006-483). U. S. Department of Education. Washington: National Center for Education Statistics, 2006.

KWAN, B.; FRANKISH, J. ROOTMAN, I. **The development and validation of measures of health literacy in different populations**. Vancouver/Victoria: Institute of Health Promotion Research and Centre for Community Health Promotion Research, 2006. 204p.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. BRASÍLIA: Liber Livros, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educ, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque quali-quantitativo. Brasília: Liber Livros, 2012.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto contexto - enferm. [online]**, v.19, n. 3, p. 461-468, 2010.

LUZ, A. M. H., BERNI, N. I. O. Processo de paternidade na adolescência. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 43-50, jan./fev. 2010.

MACEDO, S. R. H.; MIRANDA, F. A. N.; PESSOA JUNIOR, J. M.; NOBREGA, V. K. M. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. **Rev. bras. enferm. [online]**, v. 66, n.1, p. 103-109, 2013.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 1, n. 4, p. 66-77, 2004.

MARTINS, S.; FILGUEIRAS, L. **Métodos de avaliação de apreensibilidade das informações textuais**: uma aplicação em sítios de governo eletrônico. Work-shop on perspectives, challenges and opportunities for human-computer interaction in Latin America, 2007.

MATHEUS, T. C. **Ideais na adolescência**: falta de perspectivas na virada do século. São Paulo: Annablume Editora, 2002.

MC LAUGHLIN, G. HARRY. SMOG grading: a new readability formula. **Journal of Reading**, Washington, v. 12, n. 8, p. 639-646, 1969.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In: KOLLER S. H. **A ecologia do desenvolvimento humano**: Pesquisa e intervenções no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MORAIS, N. A.; MORAIS, C. A.; REIS, S.; KOLLER, S. H. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. **Psicol. Soc. [online]**, v. 22, n. 3, p. 507-518, 2010.

NAVARRO, A. **Diálogos e reflexão**. 2005. 201 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

NEEDHAM, H. E.; WIEMANN, C. M.; TORTOLERO, S. R.; CHACKO, M. R. Relationship Between Health Literacy, Reading Comprehension, and Risk for Sexually Transmitted Infections in Young Women. **Journal of Adolescent Health**, v. 46, p. 506-508, 2010.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, nov./dez. 2004.

OLIVEIRA, L. F. M. **Apoio pedagógico, ação coletiva e diálogo**: tramas da formação continuada em educação inclusiva. 2006. 271 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, 2006.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de. **Gravidez na adolescência**: Dimensões do problema. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 19, n. 45, p. 48-70, jul. 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32621998000200004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 18 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32621998000200004>.

OLIVEIRA, T. P.; CARMO, A. P. A.; FERREIRA, A. P. S.; ASSIS, I. L. R.; PASSOS, X. S. Meninas de Luz – uma abordagem da enfermagem na gravidez na adolescência. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n. 2, p. 122-127, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde reprodutiva de adolescentes**: uma estratégia para ação. Genebra: OMS / ENUAP / UNICEF, 1989.

PAIVA, V. (2002). **Sem mágicas soluções**: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 6, 25-38.

PALUDO, S. S.; KOLLEROLL, S. H. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 2, n. 21, p., 187-195, 2005.

PARKER, R. M.; BAKER, D. W.; WILLIAMS, M. V.; NURSS, J. R. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J Gen Intern Med**, v. 10, n. 10, p. 537-541, 1995.

PARNELL, T. A. Health literacy in nursing: providing person-centered care. New York: Springer, 2015. 302 p.

PASSAMAI, M. P. B. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde**: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. 2012. 243 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; SABRY, M. O. D.; SÁ, M. L. B.; CABRAL, L. A. **Letramento funcional em saúde e nutrição**. 1. ed. Fortaleza: EdUECE, 2011. v. 1. 95p.

PINHEIRO, V. S. **Repensando a maternidade na adolescência**. Estud. psicol. [online]., Natal, v. 5, n. 1, p. 243-251, 2000.

RAMOS, F. R.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C. R. M. de Viver e adolescer com qualidade. Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Nacional. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Projeto Acolher, Adolescer, Compreender, Atuar**, n. 3, p. 19-32. Disponível em: <<http://www.Aennacional.org.br/revistaadolescer/revista.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

RATZAN, S.; PARKER, R. Introduction. In: SELDEN, C. R. **Current bibliographies in medicine**: health literacy. Bethesda, MD: National Library of Medicine/National Institutes of Health, 2000. 33 p.

RAWSON, K. A.; GUNSTAD, J.; HUGHES, J. The METER: A brief, self-administered measure of health literacy. **J Gen Intern Med**, Bethesda, v. 25, n. 1, p. 67-71, 2009.

RAYMOND, P. Cloze procedure in the teaching of reading. **Test Canada Journal / Revue Test du Canada**, Canada, v. 6, n. 1, p. 91-97, nov. 1988.

RESTA, D. G., MARQUI, A. B. T.; COLOMÉ, I. C. S.; JAHN, A. C.; EISEN, C.; HESLER, ZANON, T. Maternidade na adolescência: significado e implicações 72. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 68-74, jan./mar. 2010.

ROBERTS, N. C. Keeping public officials accountable through dialogue: resolving the accountability paradox. **Public Administration Review**, Washington, v. 62, n. 6, p. 658-69, 2002.

RUDD, R. E. Objective 11-2: Improvement of health literacy. In: **Communicating health**: priorities and strategies for progress. Washington, Office of Disease Pre-

vention and Health Promotion, U. S. Department of Health and Human Services, 2003.

RUDD, R. E.; COMING, J. P.; HYDE, J. Leave no one behind: Improving health and risk communication through attention to literacy. **Journal of Health Communication**, Bethesda, v. 8, supl. 1, p. 104–115, 2003.

SANDERS, L. M.; SHAW, D. S. GHISLAINE, G.; BAUR, C.; RUDD, R. Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. **PEDIATRICS**, v. 124, sup. 3, nov. 2009.

SANTOS, A. A. A.; PRIMI, R.; TAXA, F. O. S.; VENDRAMINI, C. M. M. O Teste de Cloze na avaliação da compreensão em leitura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.15, n.3, p. 549-560, 2002.

SANTOS, A. Princípios orientadores para reencantar a educação: IN: ENCONTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA COMPLEXIDADE, 1. 2005. Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2005.

SANTOS, E. C. P. Compreensão de leitura: aplicação da técnica de cloze em estudantes universitários. **Intellectus**, Jaguariúna, v. 2, n. 4, jan./jul. 2005. 169p.

SEKEN, I. K. Developing a cloze procedure as a reading comprehension achievement test. **Teflin**, Malang, Indonésia, v. 15, n. 2, p. 1-13, 2004.

SENGE. P. **A Quinta disciplina**: arte e prática das organizações que aprendem. 11 ed. São Paulo: Nova Cultura, 2002.

SHAMOS, M. H. **The myth of scientific literacy**. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995.

SILVA, J. L. P.; SURITA, F. G. Gravidez na adolescência: situação atual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v. 34, n. 8, p. 347-350. 2012.

SMITH, F. **Compreendendo a leitura**: uma análise psicolinguística da leitura e do aprender a ler. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SOARES, M. **Letramento**: um tema em três gêneros. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SORENSEN, K.; BROUCKE, S. V. D.; FULLAM, J.; DOYLE, G.; PELIKAN, J.; SLONSKA, Z. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European Sorensen *et al.* **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, 2012.

SOUSA, C. P. M.; SANTOS, L. F. T. L.; MACHADO, P. D. S; GLÁUCIA, K. L. A; BISPO, M. B. **Uso de tecnologias do cuidar na promoção da saúde do adolescente**. Crato, 2012. Ceará.

SOUSA, T. T.; PIMENTA, A. M. Características das ações de educação em saúde para adolescentes. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 1, 2013.

SOUZA, V. B.; SILVA, J. S.; BARROS, M. C.; FREITAS, P. S. P. Tecnologias leves na saúde com o potencializadores para a qualidade da assistência em gestantes. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 5, p. 1388-1393, maio, 2014.

TABORNA, J. A.; SILVA, F. C.; LEANDRA ULBRICHT, L.; NEVES, E. B. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.

TFOUNI, L. V. **Alfabetização e letramento**. São Paulo: Cortez, 1995.

UTIAMADA, M. R. P. A Paternidade na adolescência: um estudo a partir da visão dos pais adolescentes do ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Londrina. SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS. I., 2010, Londrina. **Anais...** Universidade Estadual de Londrina, 2010.

UNPA. **Situação da população mundial**. 2013. Disponível em: <[http://www.onu.org.br /gravidez-na-adolescencia-e-tema-do-relatorio-anual-dounfpa](http://www.onu.org.br/gravidez-na-adolescencia-e-tema-do-relatorio-anual-dounfpa)>, Acesso em: 22 mar. 2014.

YUNES, M. A. M., MIRANDA, A. T., CUELLO, S. E. S. Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In: KOLLER, S. H. **A ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenções no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

PASSAGEM DE CLOZE/TEXTO LACUNADO (TÉCNICA DE CLOZE)

Gravidez na Adolescência: a promoção da saúde segundo os pressupostos do letramento em contextos de saúde



CADERNETA DE SAÚDE DA ADOLESCENTE (p. 41-42)

A sexualidade é algo que desenvolvemos desde o nascimento e faz parte da nossa vida em todos os momentos. **Vivenciamos** bem a nossa sexualidade **quando** nos sentimos bem com **nós** mesmos, com os outros **e** com o mundo.

Sexualidade **é** muito mais do que **sexo**. Ela envolve desejos e **práticas** relacionados à satisfação, à **afetividade**, ao prazer, aos **sentimentos** e ao exercício da **liberdade**. É ter prazer ao **acordar** e espreguiçar-se na cama. **Abrir** a janela e sentir o **sol** ou o vento sobre a **pele**. É abraçar, acariciar, beijar carinhosamente as outras **pessoas**.

É na adolescência que **também** se inicia o interesse pelas **relações** afetivas e sexuais. Por **isso**, é normal que os **adolescentes** manipulem o próprio corpo (**masturbação**) em busca de **sensações** prazerosas.

A adolescência é um **período** muito rico em possibilidades, **descobertas** e novas experiências, especialmente **quando** começamos a nos **interessar** afetivamente por outra pessoa.

Nessa fase construímos identidade própria e **adquirimos** autonomia e capacidade para **fazer** escolhas, tomar decisões e **assumir** novas responsabilidades.

A primeira **relação** sexual, para ser **segura** e prazerosa, só deve **ocorrer** a partir do momento em **que** você se sentir preparada. Essa **escolha** é sua! Respeite seu **próprio** ritmo e não se **deixe** levar pelas pressões dos **outros**.

É preciso cuidar da **sua** saúde física, mental e emocional e se **preparar** para assumir as responsabilidades e **consequências** que fazem parte da sua **escolha**, como conhecimentos e recursos que **possam** ajudá-la a se prevenir de uma **gravidez** não planejada e a se **proteger** de doenças, como as **sexualmente** transmissíveis - DST/AIDS.

Nas adolescentes, a **gravidez** pode acontecer no período **em** que ocorre a primeira **menstruação** (menarca). Mesmo antes de **menstruar**, já existe a possibilidade de **engravidar** se ocorrer alguma relação sexual desprotegida, isto é, sem camisinha, pois existem ovulações antes da menarca.

TEXTO LACUNADO

A sexualidade é algo que desenvolvemos desde o nascimento e faz parte da nossa vida em todos os momentos. _____ bem a nossa sexualidade _____ nos sentimos bem com _____ mesmos, com os outros _____ com o mundo.

Sexualidade _____ muito mais do que _____. Ela envolve desejos e _____ relacionados à satisfação, à _____, ao prazer, aos _____ e ao exercício da _____. É ter prazer ao _____ e espreguiçar-se na cama. _____ a janela e sentir o **sol** ou o vento sobre a _____. É abraçar, acariciar, beijar carinhosamente as outras _____.

É na adolescência que _____ se inicia o interesse pelas _____ afetivas e sexuais. Por _____, é normal que os _____ manipulem o próprio corpo (_____) em busca de _____ prazerosas.

A adolescência é um _____ muito rico em possibilidades, _____ e novas experiências, especialmente _____. Começamos a nos _____ afetivamente por outra pessoa.

_____ fase construímos identidade própria e _____ autonomia e capacidade para _____ escolhas, tomar decisões e _____ novas responsabilidades.

A primeira _____ sexual, para ser _____ e prazerosa, só deve _____ a partir do momento em _____ você se sentir preparada. Essa _____ é sua! Respeite seu _____ ritmo e não se _____ levar pelas pressões dos _____.

É preciso cuidar da _____ saúde física, mental e emocional e se _____ para assumir as responsabilidades e _____ que fazem parte da sua _____, como conhecimentos e recursos que _____ ajudá-la a se prevenir de uma _____ não planejada e a se _____ de doenças, como as _____ transmissíveis - DST/Aids.

Nas adolescentes, a _____ pode acontecer no período _____ que ocorre a primeira _____ (menarca). Mesmo

antes de _____, já existe a possibilidade de _____ se ocorrer alguma relação sexual desprotegida, isto é, sem camisinha, pois existem ovulações antes da menarca.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Gravidez na Adolescência: a promoção da saúde segundo os pressupostos do letramento em contextos de saúde”, vinculada ao Curso de Mestrado profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará – UECE, realizada no distrito de Lagoinha, no município de Quixeré, com alunas adolescentes matriculadas no Ensino Fundamental do 6º ao 9º ano. Convidamos sua filha, adolescente e menor de idade que assinará um termo de assentimento, para participar desta pesquisa. Assim, solicitamos o consentimento do (a) senhor (a) para que sua filha participe do estudo. Sua participação é voluntária de forma que não estamos prevendo pagamento por esta participação, nem o (a) senhor (a) precisará pagar nada. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc., e ela poderá desistir da mesma no momento em que quiser, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo, inclusive sem haver alteração nas atividades dela na escola e nos seus estudos. Na época da divulgação dos resultados da pesquisa, garantimos que será mantido em segredo o seu nome. Caso ainda tenha alguma dúvida, poderá sempre consultar a pesquisadora responsável pelo estudo, enfermeira Ana Gláucia Sombra Saraiva pelo telefone (88) 9607 2588 e a orientadora professora Dra Maria da Penha Baião Passamai, UECE, pelo telefone (85) 31019600. O Comitê de Ética e Pesquisa da UECE encontra-se disponíveis para maiores esclarecimentos pelo telefone. (85) 3101 9890.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento que minha filha será submetida. A explicação que recebi esclarece que a pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Eu entendi que minha filha é livre para interromper sua participação a qualquer momento. Sei que o nome da minha filha não será divulgado, que, como responsável por minha filha, não terei despesas e não receberei dinheiro para que ela participe do estudo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do (a) responsável pela aluna
participante do estudo

Ana Gláucia Sombra Saraiva
Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE C

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Gravidez na Adolescência: a promoção da saúde segundo os pressupostos do letramento em contextos de saúde”. Neste estudo pretendemos conhecer a compreensão que alunas do ensino fundamental (6º ao 9º ano) têm sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes do sexo feminino, facilitando as ações de promoção da saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência. Para este estudo você irá responder sozinho um texto com lacunas (espaços em branco) que a pesquisadora irá lhe entregar e participar de um Círculo de Diálogo onde você contribuirá com sua fala. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Caso ainda tenha alguma dúvida, poderá sempre consultar a pesquisadora responsável pelo estudo, enfermeira Ana Gláucia Sombra Saraiva (88 - 96072588) e orientadora Dra. Maria da Penha Baião Passamai, UECE, (31019891).

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Quixeré, ___/___/___

Assinatura da participante

Ana Gláucia Sombra Saraiva
Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE D

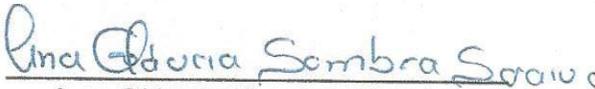
SOLICITAÇÃO DE PERMISSÃO À SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ

Quixeré, ___/___/2014.

Ao Secretário Municipal de Educação – SME/PMF
Ilmo Sr _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “*Gravidez na Adolescência: a promoção da saúde segundo os pressupostos do letramento em contextos de saúde*”, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Dra. Maria da Penha Baião Passamai vinculada ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE. O presente estudo pretende investigar o letramento funcional em adolescentes do ensino fundamental segundo a caderneta do adolescente nas escolas do Distrito de Lagoinha, do município de Quixeré. O estudo abrangerá as seguintes etapas: 1) Aplicação da Técnica de Cloze e 2) Círculo de Diálogo. A coleta dos dados está prevista para o período de fevereiro de 2015 a abril de 2015. Assim, solicitamos a V. S.^a permissão para que as escolas que fazem parte do Distrito de Lagoinha possam participar de nossa pesquisa. Para tanto, serão entrevistados os adolescentes que estejam matriculados no Ensino Fundamental. Informamos a V. S.^a que a investigação não será invasiva, não oferecendo risco à saúde física ou mental da população investigada. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e só iniciará após sua aprovação pelo referido comitê. Salientamos que não haverá ônus para a Secretaria Municipal de Educação da PMQ. Caso tenhamos consentimento para desenvolver a pesquisa, solicitamos a V. S.^a a permissão para o nosso acesso às dependências das escolas. Acreditamos que a participação da PMF neste estudo, através da sua Secretaria Municipal de Educação, será valiosa tanto para os adolescentes quanto para futuras propostas de aperfeiçoamento da caderneta do adolescente, que poderão emergir com os resultados da pesquisa, constituindo-se em um verdadeiro programa de qualidade de vida para os entrevistados. A qualquer momento V. S.^a pode telefonar para a responsável pela pesquisa, Ana Gláucia Sombra Saraiva, para pedir esclarecimentos ou fazer reclamações, através dos telefones 88 92845605 e 88 96072588.

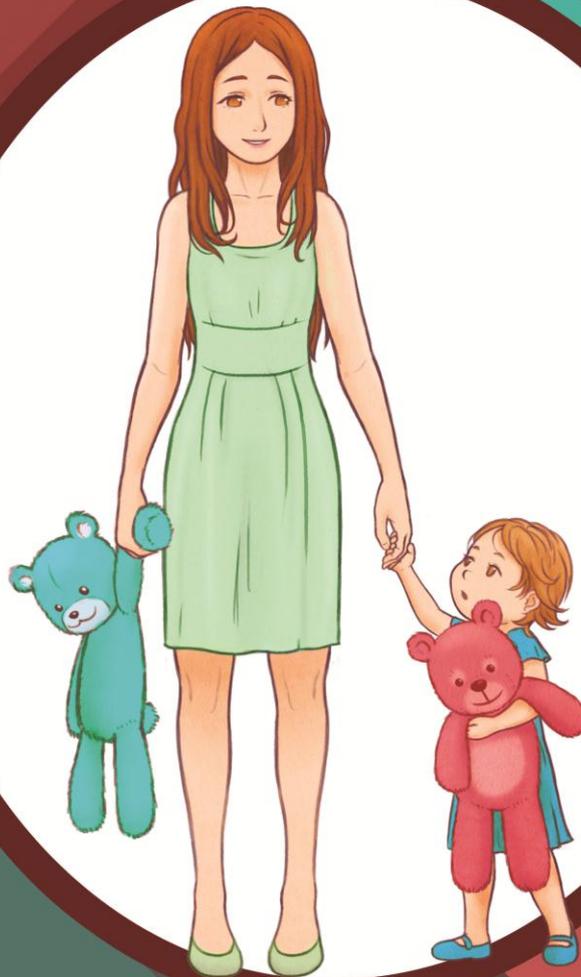
Assim, certas de contar com sua atenção e empenho, agradecemos antecipadamente.


Ana Gláucia Sombra Saraiva
Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE E

CARTILHA – VIVENDO A ADOLESCÊNCIA: GRANDES DESCOBERTAS

Vivendo a Adolescência: Grandes Descobertas



E afinal, o que é Sexualidade?

Quando se pensa ou se fala em sexualidade, a primeira ideia que se vem à cabeça é “sexo” ou “relação sexual”. Mas a sexualidade vai muito além disso. É nosso jeito de vestir, andar, falar, de abraçar, fazer carinho (carícias). Ela está presente em toda nossa vida. A sexualidade é parte do “eu” de cada um, e muda com o passar dos anos, de acordo com o que é vivido no dia a dia.

Lembre-se: Não se pode separar a sexualidade do corpo ou pensar o corpo sem a sexualidade. Deve-se conhecer e cuidar do mesmo.



Meninos x Meninas?

Você já parou pra pensar porque as meninas usam rosa e os meninos, azul? Por que os meninos ganham carros e as meninas bonecas? E por que as mulheres têm que fazer quase todos os trabalhos de casa? Acha-se normal que a mulher fique em casa cuidando do lar e dos filhos, enquanto o homem sai pra conversar e/ou beber num bar com os amigos.

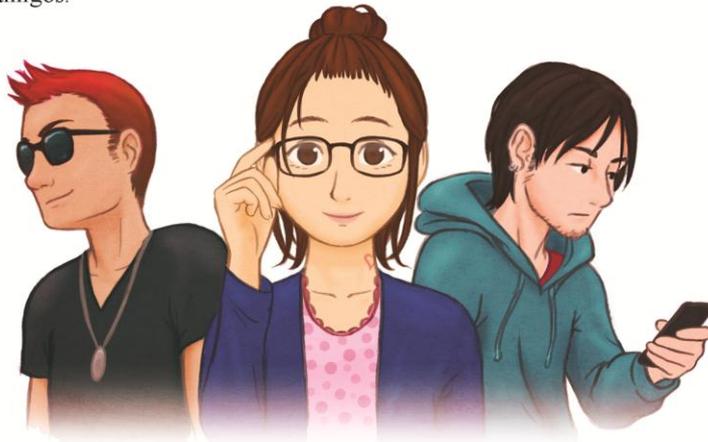
Atenção: Sexo são as mudanças do corpo de menina e menino. Gênero está ligado ao meu jeito de ser homem/menino ou de ser mulher/menina. O sexo vem desde o nascer e o gênero se aprende durante toda a vida.



Escolha consciente?

Na adolescência, meninos e meninas formam grupos, muitas vezes, pelo estilo de música, modo de vestir ou pelo que têm em comum. E nesses grupos surgem as conversas. Muitas vezes, para serem aceitos no grupo, fazem uso de álcool, drogas e sexo sem proteção. É preciso não se deixar levar pelo grupo e pensar bem antes de tomar alguma decisão desse tipo.

Dica: Tudo tem seu tempo e sua hora. Evite fazer algo só pra agradar e ser aceito pelo grupo de amigos.



Conversa em família

Para os pais, falar sobre sexualidade não é algo fácil. Ter uma conversa franca e aberta com os filhos é uma forma de ajudar a evitar uma gravidez que não se deseja e/ou uma doença sexualmente transmissível (DST).

Legal à beça: Ser amigo dos filhos, saber o que ocorre com eles, dar liberdade com limites e regras, colocar o ponto de vista sobre o assunto.

Passar firmeza aos filhos faz com que eles se sintam seguros para contar algo ou tirar dúvida. E na hora, mesmo que não sigam à risca o que ouviram, saberão formar sua opinião e pensarão antes de tomar uma decisão.

Os pais, ao conversar com os filhos, devem desfazer a cultura do machismo, educá-los para o respeito pelas meninas, bem como deixar claro para eles que a gravidez não é só dever da menina, mas do menino também.



Estou grávida. E agora?

A gravidez aconteceu. Agora é hora de se cuidar e contar com o apoio da família. Você e seu bebê irão precisar de atenção, pois engravidar na adolescência pode levar a mãe e o bebê a ter problemas de saúde como:



Além disso: você terá que assumir tarefas diferentes para sua idade. Talvez, parar de estudar, entrar numa união séria, não conseguir cuidar da criança e os sonhos passam para segundo plano (emprego, viajar, passear com as amigas, afastar-se do grupo de amigos).

Por que gravidez na adolescência?

Muitas são as causas de uma gravidez na adolescência. Dentre elas podemos citar:



Qual caminho seguir para se proteger?

Para se prevenir da gravidez na adolescência, você pode decidir não ter relação sexual ou usar métodos anticoncepcionais. Estes evitam ou diminuem a chance de uma mulher ficar grávida após ter tido uma relação sexual.

Vale a dica: não existe o melhor método. O método bom é o que a menina e o menino sentem firmeza e decidem juntos usarem e que seja um método aceito para adolescente.

Procure um profissional de saúde para que ele fale sobre os métodos anticoncepcionais.

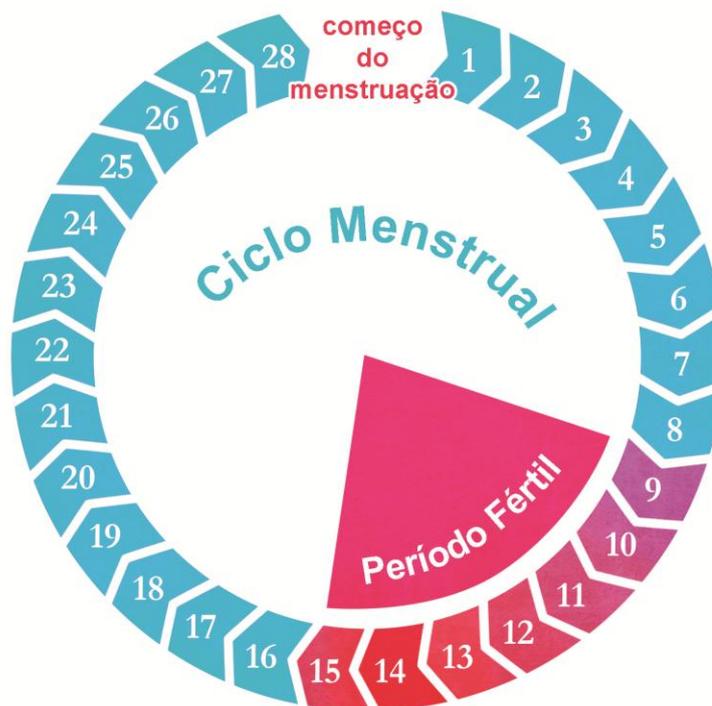
Conhecendo os métodos anticoncepcionais:

Os métodos anticoncepcionais podem ser: comportamentais, de barreiras, hormonais e cirúrgicos. Atenção, pois existem os mais aceitos para adolescência.

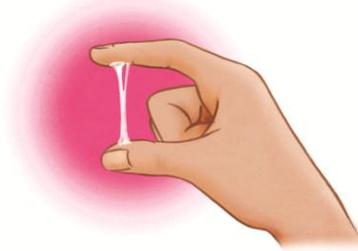
Métodos comportamentais pouco são aceitos para adolescentes, pois são pouco seguros e precisa planejar as relações sexuais. São estes:

Tabelinha: serve para estimar o tempo fértil, útil tanto pra quem quer ficar grávida como para quem deseja evitar a gravidez. É preciso que os espaços entre os ciclos menstruais (o início de uma menstruação até o início da próxima) sejam regulares, ou seja, tenham intervalos quase iguais. Sendo que a ovulação (liberação do óvulo) ocorre, em sua maioria, no meio do ciclo, ou seja, num ciclo de 28 dias, esta vai ocorrer no 14º; e se for um ciclo de 30 dias, no 15º dia.

O **maior** risco de ficar grávida ocorre nas 48 horas antes da ovulação. Qualquer outro momento do ciclo feminino que não inclua esse tempo curto pré e pós-ovulatório, não há risco de gravidez.



Muco Cervical: este método é mais usado para quem deseja ficar grávida, pois o mesmo prevê o momento da ovulação, através do muco cervical. Alguns dias antes da ovulação, o muco que o útero produz se altera ficando mais espesso (grosso) e elástico. Nesse tempo, o muco é chamado de fértil, pois ajuda na locomoção dos espermatozoides rumo ao útero e às trompas. É um método pouco seguro para ser usado como anticoncepcional.



Temperatura basal: antes de levantar da cama, assim que acordar sem fazer nenhum esforço, você olha a temperatura do seu corpo na boca, reto ou vagina. Esta costuma ser mais baixa no início do seu ciclo, entre 36° e 36,5°C. Após a ovulação ela sobe pra em torno de 37°C. Quando você está ovulando, ela tem um aumento de 0,25 e 0,50°C.

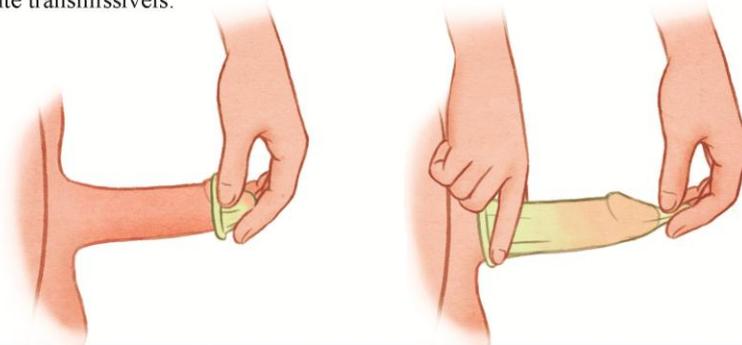


FIQUE LIGADO: O coito interrompido é tirar o pênis da vagina antes de o homem liberar o líquido (sêmen) no canal vaginal. Pode haver dois grandes problemas: o homem não retirar o pênis na hora certa e o líquido cair na vagina com os espermatozoides e ocorrer à gravidez; ou sair um líquido antes com presença de espermatozóide, o que também gerará uma gravidez. Por isso, esse método não é seguro.

Abstinência sexual: é quando a pessoa escolhe não ter relação sexual. Portanto não se contrai DST's e nem há perigo de engravidar, sendo um método 100% seguro.

Nos métodos de barreiras, o que mais se indica para adolescentes são a camisinha masculina, feminina e o diafragma. O DIU (Dispositivo Intrauterino) pouco se indica.

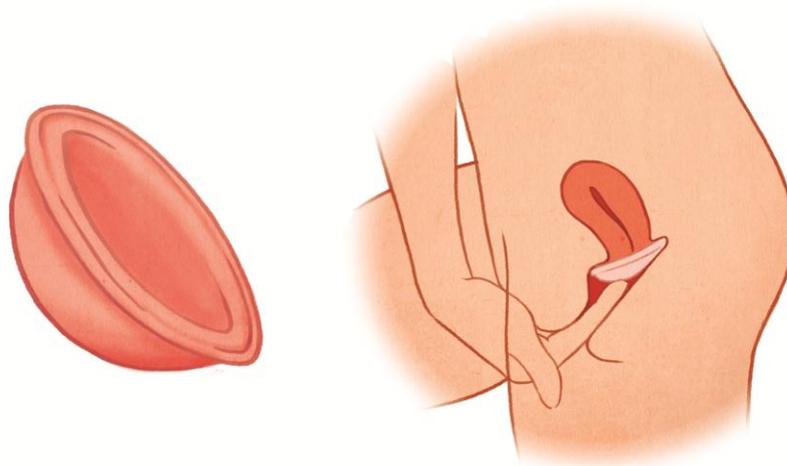
Camisinha masculina: deve ser posta do lado correto, com cuidado para não entrar ar e, assim, correr o risco dela estourar ou furar. Deve-se retirar logo, no final do ato sexual, e ser jogada no lixo. A camisinha, além de evitar uma gravidez, evita também doenças sexualmente transmissíveis.



Camisinha Feminina: É feita de borracha e cobre toda a pele (mucosa) da vagina, não deixando que o pênis e suas secreções tenham contato direto com a mesma. Apesar de ter a mesma função que a camisinha masculina ela é menos popular, talvez por não ser tão simples de se usar. Serve como proteção às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.



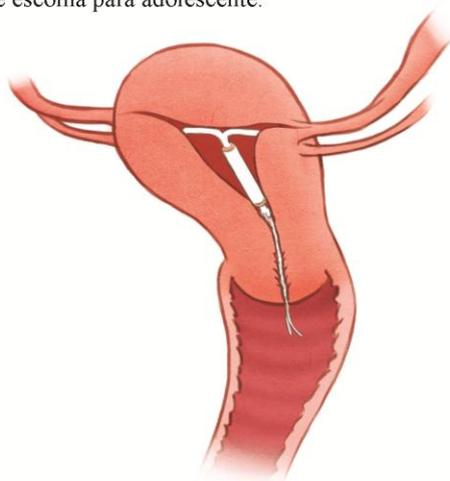
Diafragma: consiste numa cúpula flexível (meia esfera) de silicone, com um lado côncavo e outro convexo (concha arredondada), que se coloca na frente do colo do útero. Em geral, coloca-se dentro da concha um espermicida antes de o diafragma ser posto em frente ao colo do útero para aumentar seu efeito de método anticoncepcional. Ele vem em vários tamanhos. Antes de usar, deve-se ir ao ginecologista para que o mesmo diga o tamanho correto. Por proteger apenas o colo do útero, não tem proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Deve ser lavado após cada ato sexual, para que possa ser usado nas próximas relações sexuais.



Espermicida: tem função de matar os espermatozoides, não deixando que eles cheguem ao útero feminino. Deve ser usado antes de começar a relação sexual, junto com a camisinha e/ou diafragma. Não usá-lo só, pois seu efeito é baixo como método anticoncepcional. Os espermicidas podem ser em forma de gel, espuma ou creme.



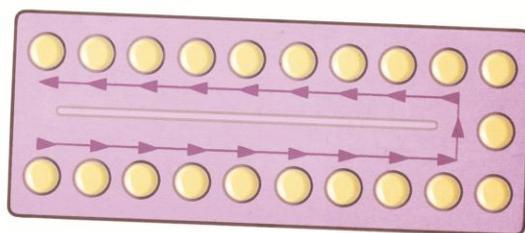
DIU (Dispositivo Intrauterino): um pequeno produto de plástico em forma de T, que impede o encontro do espermatozoide com o óvulo. Sendo posto no útero por um profissional de saúde (ginecologista). É eficaz e seguro e pode ficar no útero por até 10 anos. Não é um método de escolha para adolescente.



Os métodos hormonais orais e injetáveis são os de escolha para adolescentes. São eles a pílula anticoncepcional e o injetável mensal.

Métodos hormonais Oraís

Pílula Anticoncepcional: existem vários tipos e marcas de anticoncepcionais. Eles devem ser prescritos por um profissional da saúde (ginecologista), após consulta. A pílula deve ser tomada no dia no mesmo horário, não podendo ocorrer falhas. Ao final da cartela, passa-se uma semana de “descanso” (sem tomar a pílula) para ocorrer a menstruação. É mais eficaz quando usada junto com a camisinha.



Minipílula: contém apenas um hormônio. A minipílula é eficaz tanto quanto a pílula e tem a vantagem de provocar menos reações nas adolescentes. Mas ela deve ser tomada todos os dias quase na mesma hora. Caso atrase cerca de 3 (três) horas ou mais já é o bastante para que perca o seu efeito protetor. Não é um método de escolha para adolescentes.



Pílula do Dia seguinte ou de emergência: é uma pílula de doses muito altas de hormônios e só deve ser usada em um momento de emergência, quando a camisinha estourar ou o diafragma sair do lugar. Caso faça uso desse método com frequência, estará se expondo a doses muito altas de hormônios e ainda estará usando um método menos eficaz do que a pílula comum e a minipílula. Para ser eficaz, é preciso tomar o mais rápido possível ou até 72 horas. Depois de 3 (três) dias, a pílula de emergência já não é mais capaz de impedir a gravidez.



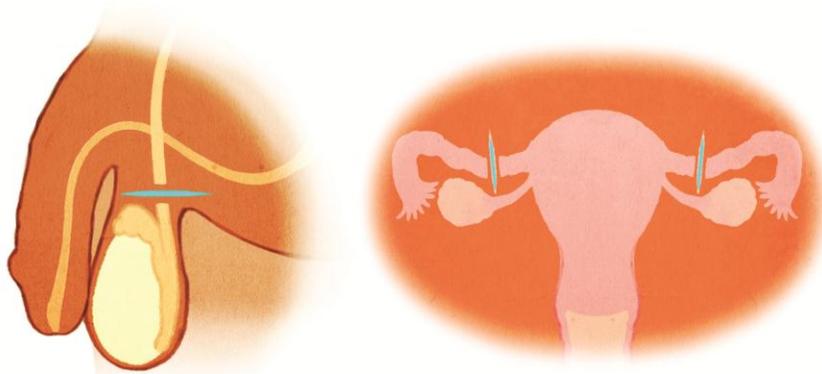
Métodos hormonais injetáveis

Anticoncepcional Injetável: Existem anticoncepcionais hormonais injetáveis mensais e trimestrais. O anticoncepcional hormonal injetável pode ser administrado em intervalos de 30 ou 90 dias, no músculo ou embaixo da pele. O efeito é igual tanto para mensal quanto para a trimestral. A menstruação, na maioria das vezes, reduz durante seu uso, mas não causa nenhum mal às mulheres.

Os métodos hormonais orais e injetáveis mais aceitos para adolescentes são a pílula anti-concepcional e o injetável mensal.



Métodos Cirúrgicos: método da vasectomia no homem, e na mulher, a ligação de trompas. Esses não são métodos de escolha na adolescência.



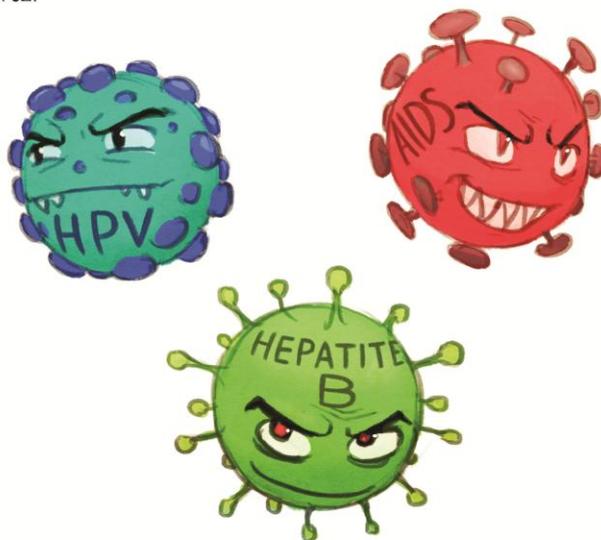
O que preciso saber sobre as DST's?

As Doenças Sexualmente transmissíveis (DST's) podem surgir após um contato sexual, seja ele vaginal, anal ou oral, por meio de um parceiro que contraiu uma DST. Qualquer pessoa pode pegar uma DST, sendo que o risco é mais comum nas pessoas que trocam de parceiros várias vezes e/ou não usam camisinha, masculina ou feminina, em todas as relações sexuais.

DICAS LEGAIS: se surgir nos seus órgãos genitais: corrimento, verrugas, feridas e/ou bolhas, irritação, bem como se arder no ato de urinar, dor nas relações sexuais e manchas na pele, procure um profissional de saúde.

FIQUE LIGADO: É bom lembrar que tem pessoas que não sentem nada e podem ter uma DST. Há ainda as pessoas que podem sentir algo e não ser uma DST.

Nunca use remédio por conta própria, ou porque algum amigo ensinou ou em balcão de farmácia. O parceiro deve ser tratado, pois se não o for, você mesmo tratado voltará a ter a doença outra vez.



ANEXOS

ANEXO A

QUADRO 2 – FOLHA DE PONTUAÇÃO SAM

2 pontos para uma classificação “ superior” 1 ponto para classificação “adequada” 0 ponto para classificação “não adequada”		
FATOR A SER CLASSIFICADO	ESCORES	COMENTÁRIOS
1. CONTEÚDO		
a. Objetivo é evidente		
b. Conteúdo sobre comportamentos		
c. Escopo é limitado		
d. Sumário ou sinopse incluído		
2. DEMANDA DE LETRAMENTO		
a. Nível de série de leitura		
b. Estilo de escrita, voz ativa		
c. Palavras frequentes no uso vocabular		
d. O contexto é primeiramente dado		
e. Auxílio de aprendizagem por meio de sinais		
3. GRÁFICOS		
a. A cobertura do gráfico mostra sua finalidade		
b. Tipo de gráfico		
c. Relevância das ilustrações		
d. Listas, tabelas, etc, explicadas		
e. Legendas usadas para gráficos		
4. LAYOUT E TIPOGRAFIA		
a. Fatores layout		
b. Tipografia		
c. Uso de subdivisão do texto em “pedaços”		
5. ESTÍMULO À APRENDIZAGEM, MOTIVAÇÃO		
a. Uso de interação		
b. Comportamentos modelados e específicos		
c. Motivação-autoeficácia		
6. ADEQUAÇÃO CULTURAL		
a. Correspondência entre lógica, linguagem e experiência		
b. Imagens e exemplos culturais		
TOTAL DE ESCORES SAM		
TOTAL DE ESCORES POSSÍVEIS DO SAM		
PERCENTUAL DE ESCORES	_____	%

Fonte: Doak; Doak; Root (1996)

ANEXO B

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO DO SAM

1.CONTEÚDO:

a) Propósito (objetivo):

- Superior – Propósito é explicitamente estabelecido no título, na ilustração ou introdução.
- Adequado – Propósito não está explícito; o objetivo está implícito ou são estabelecidos vários propósitos.
- Não Adequado – Não há propósito estabelecido no título, na ilustração ou na introdução.

b) Tópicos do conteúdo:

- Superior – A confiança do material está na aplicação de conhecimentos e habilidades que visam o comportamento desejável do leitor ao invés de fatos não relacionados ao comportamento.
- Adequado – No mínimo 40% dos tópicos do conteúdo focaliza comportamento desejável ou ações.
- Não Adequado – Quase todos os tópicos estão focalizados em fatos e não no comportamento.

c) Escopo:

- Superior – O escopo está limitado às informações essenciais, diretamente relacionadas aos objetivos. Experiência mostra que pode se aprender a tempo.
- Adequado – O escopo está expandido além do objetivo; não mais que 40% são de informações não essenciais. Pontos-chave podem ser aprendidos a tempo.
- o Adequado – O escopo é muito desproporcional em relação ao tempo permitido.

d) Sumário e Resenha:

- Superior – Um sumário está incluído e mensagens-chave são rerepresentadas em diferentes palavras e exemplos.
- Adequado – Algumas ideias-chave são revisadas.

1. DEMANDA DE LETRAMENTO:

a) Nível de Série de Leitura:

- Superior – Nível de 5ª série ou menor (nível de escolaridade de 5 anos).
- Adequado – Nível de 6ª, 7ª ou 8ª série (nível de escolaridade de 6-8 anos).
- Não Adequado – Nível de 9ª série ou acima (nível de escolaridade de 9 anos ou mais).

b) Estilo de Escrita:

- Superior – (1) Principalmente estilo mais informal e voz ativa. (2) Sentenças simples são usadas extensivamente; poucas sentenças contêm informações implícitas.
- Adequado – (1) Cerca de 50% do texto usa estilo mais informal e voz ativa. (2) Menos da metade das sentenças têm informações implícitas.
- Não Adequado – (1) Voz passiva ao longo de todo o texto. (2) Mais da metade das sentenças têm muitas informações implícitas.

c) Vocabulário:

- Superior – Todos os três fatores: (1) Palavras comuns são usadas quase em todo o texto. (2) Palavras técnicas, conceitos, categorias, valores julgados (CCVJ) são explicados por exemplos. (3) Palavras que suscitam imagens são usadas de maneira apropriada para determinados conteúdos.
- Adequado – (1) Palavras comuns são frequentemente usadas. (2) Palavras técnicas e CCVJ são às vezes explicadas por exemplos. (3) Algum jargão ou símbolos matemáticos são incluídos.

- Não Adequado – Dois ou mais fatores: (1) Palavras incomuns são frequentemente usadas no lugar de palavras comuns. (2) Não são dados exemplos para palavras técnicas e CCVJ. (3) Uso extensivo de jargão.

d) Na construção da sentença, o contexto é dado antes de novas informações:

- Superior – Consistentemente fornece o contexto antes da apresentação de novas informações
- Adequado – Fornece o contexto antes de novas informações em 50% das vezes.
- Não Adequado – O contexto é fornecido por último, ou nenhum contexto é fornecido.

e) Aprimoramento da aprendizagem por meio de organizadores antecipatórios (sinalizadores):

- Superior – Quase todos os tópicos são precedidos por um organizador antecipatório (uma afirmação que antecipa para o leitor o que virá no texto).
- Adequado – Cerca de 50% dos tópicos são precedidos por um organizador antecipatório
- Não Adequado – Pouco ou nenhum organizador antecipatório é utilizado.

f) GRÁFICOS (ilustrações, listas, tabelas, quadros, gráficos):

a) A Capa:

- Superior – A imagem da capa é (1) amigável, (2) atrativa, chama a atenção, retrata claramente o propósito do material.
- Adequado – A imagem da capa tem um ou dois dos critérios superiores.
- Não Adequado – A imagem da capa não tem nenhum dos critérios superiores.

b) Tipo de Ilustração:

- Superior – Ambos os fatores: (1) Desenhos, esboços e figuras simples são usados; (2) Ilustrações são mais prováveis de serem familiares aos leitores.
- Adequado – Um dos fatores superiores não está presentes.
- Não Adequado – Nenhum dos fatores superiores está presente.

c) Relevância das Ilustrações:

- Superior – As ilustrações apresentam mensagens-chave visualmente, de modo que o leitor possa compreender as ideias-chave apenas com as ilustrações. Não distrações.
- Adequado – (1) As ilustrações incluem algumas distrações. (2) Há insuficiente uso de ilustrações.
- Não Adequado – Há um fator: (1) Confusão ou ilustração técnica (sem comportamento relacionado). (2) Sem ilustrações ou ilustrações muito sobrecarregadas.

d) Gráficos: Listas, tabelas, gráficos, quadros, formas geométricas.

- Superior – Passo a passo das orientações com um exemplo. A compreensão é construída pelo leitor.
- Adequado – Orientações de “como fazer” são breves para o leitor entender e usar o gráfico sem conselhos adicionais.
- Não Adequado – Os gráficos são apresentados sem explicação.

e) Legendas são usadas para “anunciar”/explicar gráficos.

- Superior – Legendas explicativas com todas as ilustrações e gráficos.
- Adequado – Legendas breves, usadas para algumas ilustrações e gráficos.
- Não Adequado – Legendas não são usadas.

3) LAYOUT E TIPOGRAFIA:

a) Layout.

- Superior – Tem pelo menos cinco dos oito fatores apresentados a seguir:
1) As ilustrações estão na mesma página, adjacentes ao texto; 2) O layout e a sequência das informações são consistentes, tornando fácil para o

paciente prever o fluxo da informação; 3) Dispositivos visuais (sombreamentos, caixas setas) são usados para orientar a atenção para pontos específicos ou conteúdo-chave; 4) Espaços brancos adequados são usados para reduzir a aparência de desordem; 5) Uso de cor para suporte e não causar distração da mensagem. Os leitores não necessitam aprender códigos de cores para entenderem e usarem as mensagens; 6) Comprimento da linha com 30-50 caracteres e espaços; 7) Há alto contraste entre as fontes e o papel; 8) O papel tem que ser sem brilho ou com superfície com baixo brilho.

- Adequado – Pelo menos três dos fatores de nível superior estão presentes.
- Não Adequado – (1) Duas (ou menos) dos fatores de nível superior estão presentes. (2) Pouco convidativo ao olhar e desencorajador e pesado para se ler.

b) Tipografia.

- Superior – *Os quatro fatores a seguir estão presentes: 1) A fonte do texto é serif maiúscula e minúscula (melhor) ou sans-serif; 2) O tamanho da fonte é, no mínimo, 12; 3) Pistas tipográficas (negrito, tamanho, cor) enfatiza pontos-chave; 4) Não tem tudo em “CAPS” no cabeçalho e ao longo do texto.*
- Adequado – Pelo menos dois dos fatores de nível superior estão presentes.
- Não Adequado – Um ou nenhum dos fatores de nível superior estão presentes; ou seis ou mais estilos e tamanhos de fontes são usadas na página.

c) Subtítulo ou “*chunking*”:

- Explicação: Poucas pessoas podem se recordar de mais de sete itens independentes. Para adultos com baixas habilidades em letramento esse limite pode ser de três a cinco itens da lista. *Listas maiores necessitam ser divididas em pequenos “pedaços” (“chunks”).*
- Superior – (1) As listas são agrupadas sob subtítulos ou “*chunks*”; (2) Não mais que cinco itens são apresentados sem um subtítulo.

- Adequado – Não mais que sete itens são apresentados sem um subtítulo.
- Não Adequado – Mais que sete itens são apresentados sem um subtítulo.

4) ESTÍMULO E MOTIVAÇÃO PARA O APRENDIZADO

a) Interação incluída no texto e/ou gráfico

- Superior – Problemas ou questões são apresentados para o leitor responder
- Adequado – O formato pergunta-resposta é usado para discutir problemas e soluções (interação passiva).
- Não Adequado – Não há interação para estímulo à aprendizagem.

b) Padrões de comportamentos desejados são modelados e mostrados em termos específicos

- Superior – Instrução com modelos específicos de comportamentos ou habilidades (por exemplo: para instrução de nutrição; ênfase é dada para mudar padrão de alimentação, de compra ou preparação de alimentos; tipos de cozimento; leitura de rótulos.).
- Adequado – A informação é uma mistura de linguagem técnica e comum, que leitor pode não interpretar facilmente em termos de vida diária (por exemplo: amido – 80 calorias por porção. Alta Fibra- 1 a 4 gramas de fibras por porção).
- Não Adequado – A informação é apresentada em termos não específicos ou categorias, tal como grupos de alimentos.

c) Motivação

- Superior – Tópicos complexos são subdivididos dentro de partes pequenas para que os leitores possam experimentar pequenos sucessos na compreensão ou resolução de problemas, levando à autoeficácia.
- Adequado – Alguns tópicos são subdivididos para melhorar a autoeficácia do leitor.
- Não Adequado – Os tópicos não são subdivididos para melhorar a autoeficácia do leitor.

5) ADEQUAÇÃO CULTURAL

a) Consonância cultural: lógica, linguagem, experiência (LLE)

- Superior – Conceitos e ideias centrais do material surgem em consonância com a LLE da cultura-alvo.
- Adequado – Significante com a LLE para 50% dos conceitos centrais.
- Não Adequado – Claramente uma dissonância com a LLE.

b) Imagem cultural e exemplo

- Superior – Imagens e exemplos apresentam a cultura de maneira positiva.
- Adequado – Apresentação neutra de imagens e alimentos culturais.
- Não Adequado – Imagem negativa, exagerada, caricaturada das características, ações ou exemplos culturais.

ANEXO C

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO DO SMOG

1. Identificar 30 sentenças

Para textos longos, escolher 10 sentenças consecutivas no começo, 10 sentenças no meio e 10 sentenças no fim.

- Dica: A sentença é definida como uma sequência de palavras pontuada com ponto final (.), ponto de exclamação (!) ou ponto de interrogação (?).
- Dica: Usar um marcador de texto para marcar os períodos, para ajudar na contagem destes.

2. Contar as sílabas em todas as palavras

- Dica: Usar os dedos para contar as sílabas das palavras. Contar dessa forma ajuda a superar a dificuldade natural que existe ao se pronunciar uma palavra em que as sílabas são pronunciadas indistintamente na linguagem corrente.

3. Destacar todas as palavras com mais de 2 sílabas

- Dica: Palavras compostas são consideradas como se fossem uma única palavra
- Dica: Números também devem ser considerados. Se estes estiverem em forma numérica, devem ser pronunciados de forma a se determinar se são palavras complexas, trissílabas e polissílabas.
- Dica: Nomes próprios devem ser considerados se forem palavras complexas, trissílabas e polissílabas.
- Dica: Abreviações devem ser lidas como se por extenso estivessem para determinar se são palavras complexas (trissílabas ou polissílabas).

4. Contar o número total de palavras complexas

- Contar cada uma das palavras que foram destacadas como palavras complexas nas 30 sentenças.

5. Estimar a raiz quadrada do número total de palavras complexas contadas

- Dica: Encontrar o quadrado perfeito mais próximo e tirar a sua raiz quadrada. Ex.: Caso tenham sido encontradas 40 palavras complexas, o quadrado perfeito mais próximo desse valor seria 36. Em seguida tira-se a raiz quadrada de 36 que é o número 6.

6. Finalmente, adicionar 3 à raiz quadrada: Este número corresponde aos escores SMOG/nível de série de leitura atribuído ao texto

Se o documento a ser avaliado tiver menos que 30 sentenças, proceder com as seguintes etapas:

- Contar o número de sentenças do texto.
- Destacar todas as palavras com mais de 2 sílabas (palavras complexas: trissílabas e polissílabas)
- Como no item 4: Contar o total de palavras complexas.
- Achar a média do número de palavras complexas por sentenças, dividindo o número total de palavras complexas pelo número total de sentenças do documento.
- Determinar quantas sentenças abaixo de 30 se tem.
- Multiplicar a média do número de palavras complexas por sentença, pelo número de sentenças abaixo de 30.
- Adicionar este número ao total de palavras complexas (trissílabas e polissílabas).
- Adicionar 3 para achar o nível de série de leitura.

ANEXO D

Parecer Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO OS PRESSUPOSTOS DO LETRAMENTO EM CONTEXTOS DE SAÚDE

Pesquisador: Maria da Penha Baião Passamai

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40858215.4.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 984.679

Data da Relatoria: 25/03/2015

Apresentação do Projeto:

Esta é uma pesquisa descritiva, analítica, transversal com abordagem quali-quantitativa. Será realizada nas Escolas Municipais do Distrito de Lagoinha (Quixeré), com adolescentes do 6º ao 9º ano, que aceitarem participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pais) e o Termo de Assentimento (adolescentes). Serão utilizadas as técnicas de Cloze (compreensão leitora) e Círculo de Diálogo para o levantamento dos dados. Os níveis de compreensão leitora serão estabelecidos segundo Bormuth: i) 0% - 44% - Nível Frustração; ii) 45% - 57% - Nível Instrucional; iii) 58% - 100% - Nível Independente. Os dados do Círculo de Diálogo serão analisados por meio da análise de conteúdo Bardin. Será elaborada uma cartilha com base na Caderneta da Adolescente, segundo o nível de compreensão leitora em saúde das adolescentes e nas questões levantadas no Círculo de Diálogo. A nova cartilha será avaliada pelo SAM (Suitability Assessment of Materials) e pelo SMOG (Simple Measure of Gobbledygook).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a compreensão de adolescentes escolares sobre saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência, em interlocução com seu nível de letramento em contexto da saúde, através da caderneta de saúde da adolescente do Ministério da Saúde.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 984.679

Objetivo Secundário:

Avaliar a compreensão leitora das entrevistadas acerca da caderneta de saúde da adolescente. Dialogar sobre saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência. Levantar os tópicos de maior dificuldade e interesse do grupo investigado quanto ao conteúdo da caderneta da adolescente. Elaborar uma caderneta educativa voltada para a promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção da gravidez precoce, com base na compreensão leitora e sugestões das entrevistadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo apresenta risco mínimo, referente a constrangimentos e vergonha ao entrar em contato com a caderneta de saúde da adolescente e ao opinar no "círculo de diálogo", porém o pesquisador estará sensível para diminuir tal constrangimento caso ocorra. Os benefícios se referem a possibilidade de elaboração de um material mais adequado para a prevenção da gravidez na adolescência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem estruturada, explicitando em detalhes o método de coleta e de análise de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Quanto ao TCLE:

- Em forma de convite.
- Apresenta o título e o objetivo da pesquisa.
- Explicita adequadamente os riscos e benefícios.
- Consta o telefone, endereço e email do CEP.
- Há telefone, email, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável.

O Termo de Assentimento está adequado, porém alterar o campo para assinatura, pois apenas consta o do pesquisador responsável.

Lembrar que tanto o TCLE quanto o termo de assentimento devem ser impressos em duas vias, uma ficando com o pesquisador e outra com o participante/seus cuidadores.

- Quanto a Folha de rosto:

- Contém a assinatura do pesquisador responsável.
- Contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição a onde se realizará a

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 984.679

pesquisa.

- Quanto a Carta de Anuência:

- O número de cartas de anuência corresponde ao número de instituições a onde será realizada a pesquisa.

- Está descrito o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal.

- Está descrito na carta de anuência exatamente o que será realizado na instituição.

- Está descrito o período em que os dados serão coletados.

- Apresenta o carimbo da instituição e assinatura do responsável.

- Quanto ao cronograma:

- Está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo.

- No texto afirma-se que apenas se iniciará apenas após aprovação do CEP.

- Quanto ao orçamento:

- Há financiamento próprio.

- Descreve o que será gasto e com recurso de qual instituição.

- Há coerência entre o método e o orçamento.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.714-903

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 984.679

FORTALEZA, 13 de Março de 2015

Assinado por:
Ana valeska Siebra e silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br

ANEXO E

TERMO DE ANUÊNCIA

Termo de Anuência

Eu, José Roberto Ribeiro Lima, Secretário Municipal de Educação da Prefeitura de Quixeré, autorizo a realização da pesquisa "*Gravidez na Adolescência: a promoção da saúde segundo os pressupostos do letramento em contextos de saúde*", a ser realizada por Ana Gláucia Sombra Saraiva, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

Autorizo a pesquisadora a utilizar o espaço da Escola de Educação Básica "Menino Jesus de Praga" e "Zacarias Ferreira de Sousa" na comunidade de Lagoinha, para a aplicação de um instrumento que visa o levantamento da compreensão leitora em contexto de saúde - Técnica de Close, e entrevista com Círculo de Diálogo. Afirmando que não haverá qualquer implicação negativa aos alunos que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Quixeré, 08 de janeiro de 2015.



José Roberto Ribeiro Lima
Secretário Municipal de Educação de Quixeré
José Roberto Ribeiro Lima
Secretário de Educação
CPF: 455.500.183-49
Portaria nº 001.02.01/2015