



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**EducaIndex e HIV/Aids: estratégia de educomunicação para jovens de 15 a 24 anos da
região Centro-Oeste**

NATÁLIA FERNANDES DE ANDRADE

BRASÍLIA - DF

2024



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

EducaIndex e HIV/Aids: estratégia de educomunicação para jovens de 15 a 24 anos da região Centro-Oeste

NATÁLIA FERNANDES DE ANDRADE

Projeto para qualificação de tese de doutorado apresentado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília (PPGSC/FS/UnB), sob a orientação da Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça.

BRASÍLIA - DF

2024



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Defesa realizada no dia 16/02/2024

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça
Universidade de Brasília (UnB) - Presidente

Profa. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez
Universidade de Brasília (UnB) - Membro Interno

Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Membro Externo

Profa. Dra. Wânia Ribeiro Fernandes
Universidade Federal do Amazonas (UFAM) - Membro Externo

Profa. Dr. Edu Turte Cavadinha
Universidade de Brasília (UnB) - Membro suplente

RESUMO

Em 1981 nos Estados Unidos, surgiram os primeiros relatos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, mais conhecida como Aids, notificados no *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Em 1983, foi identificado o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que é o agente etiológico da síndrome (Rachid, 2017). Segundo boletim epidemiológico de HIV/Aids, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS), publicado em dezembro de 2023, com base nos dados coletados até junho de 2022, registrou-se 114.593 (23,4%) de casos em jovens entre 15 e 24 anos sendo 25% em homens e 19,6% em mulheres. O que mostra a importância de políticas públicas direcionadas a esse grupo. Em indivíduos de 13 anos ou mais, a principal forma de exposição em pessoas do sexo masculino, foi a de HSH, com 52,6% e no feminino, a prática heterossexual registrou 86,4% dos casos. A pesquisa visa analisar as características educacionais das produções temáticas sobre HIV/Aids produzidas pelo Ministério da Saúde dirigidas ao público jovem. E conta com abordagem qualitativa realizada em oficina com jovens de 15 a 24 anos das cinco regiões do Brasil, mas a presente pesquisa apresenta um recorte somente da região Centro-Oeste. A abordagem qualitativa é realizada com aplicação de três instrumentos, o primeiro é o perfil dos participantes que busca conhecer os jovens, e a relação deles com o tema HIV/Aids, IST e hepatites virais, e onde eles buscam informações que possam contribuir na promoção da saúde e prevenção das doenças; o segundo é o EducaIndex cujo objetivo é avaliar três campanhas do Ministério da Saúde em formatos diferentes, sendo um cartaz, um jingle/áudio e um vídeo. O EducaIndex é dividido em três eixos centrais de avaliação, o primeiro é voltado para abordagens conceituais levando em consideração as variáveis de importância e conteúdo; o segundo, é voltado para a abordagem pedagógica, composto pela variável de usabilidade, aplicabilidade e adequação ao público que se destina; o terceiro e último eixo é o comunicacional, que tem como variável a disponibilidade e linguagem utilizadas nas produções. O terceiro instrumento quantitativo é a avaliação metodológica da oficina que valida o roteiro executado em campo. A análise qualitativa é realizada no desenvolvimento da oficina, que tem duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, com no mínimo três e no máximo 20 participantes. A pesquisa conversou com 643 jovens, a região Centro-Oeste contou com 258 participantes, sendo 82 homens e 175 mulheres. E segundo a avaliação deles, a peça de comunicação avaliada com menor qualidade é o vídeo, mas essa avaliação muda ao avaliar por eixo.

Palavras-chave: EducaIndex, Comunicação em Saúde, Educação em Saúde, Educação em Saúde, Alfabetização Midiática Informacional.

ABSTRACT

In 1981 in the United States, the first reports of Acquired Immune Deficiency Syndrome, better known as AIDS, appeared at the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). In 1983, the Human Immunodeficiency Virus (HIV) was identified, which is the etiological agent of the syndrome (Rachid, 2017). Second epidemiological bulletin on HIV/AIDS, from the Department of Chronic Diseases and Sexually Transmitted Infections, from the Health Surveillance Secretariat, from the Ministry of Health (DCCI/SVS/MS), published in December 2023, based on data collected Until June 2022, 114,593 (23.4%) cases were registered in young people between 15 and 24 years old, 25% in men and 19.6% in women. Which shows the importance of public policies aimed at this group. In individuals aged 13 or over, the main form of exposure in males was that of MSM, with 52.6% and in females, heterosexual practice recorded 86.4% of cases. The research aims to analyze the educommunicative characteristics of thematic productions on HIV/AIDS produced by the Ministry of Health aimed at young audiences. And it has a qualitative approach carried out in a workshop with young people aged 15 to 24 from the five regions of Brazil, but this research only presents a focus on the Central-West region. The qualitative approach is carried out with the application of three instruments, the first is the profile of the participants that seeks to get to know young people, and their relationship with the topic of HIV/Aids, STIs and viral hepatitis, and where they seek information that can contribute to promoting health and disease prevention; the second is EducaIndex whose objective is to evaluate three Ministry of Health campaigns in different formats, being a poster, a jingle/audio and a video. The EducaIndex is divided into three central assessment axes, the first is focused on conceptual approaches taking into account the variables of importance and content; the second is focused on the pedagogical approach, composed of the variables of usability, applicability and suitability for the intended audience; the third and final axis is communicational, which has as a variable the availability and language used in productions. The third quantitative instrument is the methodological evaluation of the workshop that validates the script executed in the field. Qualitative analysis is carried out during the development of the workshop, which lasts approximately 1 hour and 30 minutes, with a minimum of three and a maximum of 20 participants. The research spoke to 643 young people, the Central-West region had 258 participants, 82 men and 175 women. And according to their evaluation, the piece of communication evaluated with the lowest quality is the video, but this evaluation changes when evaluating by axis.

KEY WORDS: EducaIndex, Health Communication, Health Education, Educommunication, Information Media Literacy

Essa tese é dedicada a todas as mulheres fortes que eu conheci até hoje, representadas em algumas que marcaram a minha trajetória, Ediléia Fernandes (mãe), Ana Catarina Fernandes (filha), tia Marlene (primeira professora), Edileuza Fernandes (tia), Clélia Pareira (in memoriam - professora da UnB, orientadora de TCC e amiga/mentora nas horas vagas), Núbia Cardoso (professora do curso de pedagogia e amiga) e Valéria Mendonça (Professora, orientadora, amiga, terapeuta e mãe nas horas vagas).

AGRADECIMENTOS

Quero primeiro agradecer a Deus e Nossa Senhora Aparecida, pode parecer clichê, mas sem eles eu não teria tido forças para dar início a essa trajetória (que em muitos momentos considerei maluca e até o presente momento me pergunto o que estou fazendo da vida).

Durante a pesquisa pude conhecer pessoas que foram essenciais nesse processo, vou mencioná-las por localização e realização de coleta, Thiago Campos, de Catalão/GO; Professora Meri Nádia e Lorena Patrocínio - de Vitória/ES; Professora Cristiane Famer Rocha, Déliesson Pereira, Bianca Bonfante, José Gabriel Leão, Profa Tanisia, de Porto Alegre/RS, Professor Raimundo Augusto Martins Torres, Isabela Gonçalves, Manoel Nilson, Breno Albano e Elizabeth Chagas de Fortaleza/CE, Professor Márcio, Luana Alfaia de Manaus/AM; Jaqueline Neri, Lucy Marina de Souza, Juliana Moreno, Antônio Ferreira (Toni), Thamires de Almeida e Ester Cauany Isaías de Brasília/DF.

Todos tiveram sua contribuição e participação para realização deste trabalho, no processo de acolhimento, troca de conhecimentos, turismo ao me apresentarem suas cidades e os pontos turísticos, falando com tanto amor do local que escolheram para viver e da importância da pesquisa em suas cidades. E a equipe de produção visual, gratidão por cada registro feito nesse período, eles eternizam a memória da pesquisa e dão vida para que outras pessoas possam viver um pouco do que eu vivi em campo em diferentes olhares e construções.

Minha prima Charlene que me abrigou e me acolheu em sua casa em Vitória/ES, minha parceira Luana Dias, que segurou as pontas nas disciplinas e nas demandas do Laboratório ECoS durante as minhas ausências.

Agradeço a equipe de trabalho da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças em Eliminação do Ministério da Saúde (CGHDE/DEDT/SVSA/MS), pela compreensão durante as minhas ausências para que eu pudesse me dedicar ao doutorado, em especial a Jéssica Resende, também sanitarista da Faculdade de Ceilândia, não nos conhecemos na faculdade, mas se tornou uma parceira e tanto no trabalho e na vida.

A minha filha, meu bem mais precioso, Ana Catarina. Hoje talvez você não entenda muitas das minhas ausências e muito menos o que é todo esse processo. Mas espero que um dia veja esse agradecimento e pense que mesmo distante fisicamente você sempre foi a minha maior força, obrigada filha por ser tão maravilhosa e geniosa (dizem que você é a cara do seu pai, mas já vimos que o gênio é o meu). Você me mostra nos mínimos detalhes que eu posso muito mais,

e que você merece cada vez mais. Obrigada por me dar força e leveza nos momentos de cansaço para não desistir, mesmo me fazendo dormir depois de 01h da manhã porque a saudade era tamanha e não queria parar de brincar.

Obrigada mãe, por me apoiar nesse processo desde quando resolvi fazer minha inscrição. Desculpa por muitas ausências, algumas delas foram pela correria do dia a dia, outras foi uma crise de desespero onde achei que nada daria certo e ainda assim você tentou me acalmar, lembrando que tudo daria certo, acho que está dando, aos poucos vamos chegando em algum lugar.

Obrigada a todas as mulheres da minha família, a maioria professora não só de sala de aula, mas de vida para além das paredes escolares, vocês são guerreiras incríveis.

Agradeço também às minhas amigas de graduação que fazem parte da minha caminhada e construção, Stelamares Menezes, Vanessa Carnevale e Michele Cordeiro que entendem as minhas ausências, os meus sumiços repentinos, mas estão sempre ali, me mandando mensagem para saber como estou, memes para relaxar, sem cobrar nada, nem mesmo respostas que muitas foram respondidas em pensamento e dias depois no *WhatsApp*. Ainda na lista de amigas agradeço a Profa Josivania e Profa Fernanda Vasquez que me acolheram durante as viagens e agendas da minha orientadora, tirando minhas dúvidas e acalmando meu coração. E ao meu amigo José da Paz Alvarenga que tanto me incentivou para finalizar esse processo.

Eu poderia mencionar minha orientadora Profa Valéria Mendonça e Profa Fátima Sousa, em vários trechos deste agradecimento, mas vocês merecem destaque por tudo que representam na minha construção, não só acadêmica e profissional, mas de vida. Ambas me acolheram na graduação, acreditaram em mim ao terminar o curso, viram em mim um potencial que até eu desconhecia, me deram a oportunidade de conhecer o mundo, para além das viagens de coleta de campo, mas UM MUNDO onde os sonhos devem ser sonhados e principalmente vividos, me permitiram conhecer histórias e pessoas das quais carrego na memória e faço questão de compartilhar nas aulas, me acolheram na academia e na vida. Vocês são maravilhosas.

Não menos importante (desculpa Luiz, mas essa tese nasceu da força feminina), agradeço ao meu companheiro Luiz Júnior, pela compreensão das minhas ausências para coleta de campo, por me apoiar e cuidar da nossa pequena nas minhas ausências. Pela paciência e calma nos meus momentos de estresse (que não foram poucos).

Agradeço também a minha rede de apoio que tanto me ajudou com a Ana Catarina, para que eu pudesse estudar e trabalhar, em especial meu pai Altino Júnior, minha Madrasta Elizabete e minha cunhada Karol.

Agradeço a banca examinadora, pela disponibilidade em fazer parte deste processo de aprendizagem e eterna construção. Agradecerei nominalmente e resgatando uma lembrança (de muitas) que carrego de cada um na minha construção. Professora Ximena, obrigada por ter me acolhido com tanto afeto e compreensão, no meu primeiro semestre de aulas do doutorado, com a minha filha recém-nascida. Profa. Wania, que para mim é uma referência na educação em saúde, pois me ajudou em diversos momentos do mestrado e das pesquisas, puxando a minha mão compartilhando comigo as suas vivências de menina/mulher e principalmente suas vivências de mãe, me confirmando que não é fácil, mas é possível. Profa. Cristiane, sou sua fã desde o primeiro encontro da Rede Brasil (segredo nunca compartilhado, te acho a cara da Miranda Priestly do filme Diabo veste Prada), referência na comunicação em saúde, me acolheu na região Sul na pesquisa do Arbocontrol onde demonstrou empatia com o meu processo de maternidade e me recebeu em Porto Alegre para a coleta da presente pesquisa. Professor Edu, meu primeiro mentor de pesquisa de campo me acolheu, me incentivou e me ensinou a trabalhar o processo de escuta, e me mostrou a importância da diversidade.

E para finalizar gostaria de compartilhar que durante a escrita da tese, busquei a música como apoio para me concentrar e até mesmo relaxar em alguns momentos, durante a leitura da tese você pode acompanhar a *playlist* feita exclusivamente para essa produção, no link: <https://open.spotify.com/playlist/5xgnXxcc8BEW7tPJLWl3uL?si=KD5VIVacTLiLPGwK-aOTbQ&pi=u-9R4fWoTMQiGc> ou no *QRCode* abaixo.



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comunicação em saúde no formato bidirecional	33
Figura 2. Modelo conceitual da alfabetização midiática e informacional.....	42
Figura 3. Alfabetização midiática e informacional: uma proposta de matriz conceitual.....	44
Figura 4. Post com alguns registros da oficina realizada na Semana Universitária da UnB em Brasília/DF.....	60
Figura 5. Campanha produzida pelo Ministério da Saúde em 2016 sobre HIV/Aids, utilizada como instrumento de avaliação do EducaIndex	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Categorias, métodos e meios de comunicação	31
Quadro 2. Resumo das técnicas de coleta e análise de cada objetivo específico da tese	66

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABPeduc - Associação Brasileira de Pesquisadores e Profissionais em Educomunicação

ACE - Agentes de Combate às Endemias

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

Aids - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AMI - Alfabetização Midiática Informacional

BNCC – Base Nacional Comum Curricular

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CGDE - Coordenação de Vigilância das Doenças em Eliminação

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DCD- *Centers for Disease Control and Prevention*

DF – Distrito Federal

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EAD - Ensino e Aprendizagem à Distância

FCE - Faculdade de Ceilândia

GO – Goiás

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – homens que fazem sexo como homens

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LabECoS - Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde

MS – Ministério da Saúde

NCE- Núcleo de Comunicação e Educação

NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública

Observa LGBTT - Observatório da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEP - Profilaxia Pós- Exposição

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Siscel - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos

SUS – Sistema Único de Saúde

SVSA - Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TARV - Terapia antirretroviral altamente ativa

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TICS - Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde

UDF - Centro Universitário do Distrito Federal

UnB – Universidade de Brasília

USP – Universidade de São Paulo

Sumário

CAMINHOS PERCORRIDOS	16
INTRODUÇÃO	18
OBJETIVOS	22
Objetivo Geral	22
Objetivos Específicos	22
REFERENCIAL TEÓRICO	23
Educação em/e/na Saúde	23
Comunicação em Saúde	28
Educomunicação em Saúde	34
Educação em Saúde pela Mídia e a importância da Alfabetização Midiática e Informacional (AMI) para uma comunicação promotora de saúde	39
Alfabetização Midiática Informacional (AMI)	40
Cenário Digital e a evolução das gerações, quem são os jovens do século XXI?	47
Breve cenário digital	47
O cenário epidemiológico de HIV/Aids da Região Centro-Oeste	53
Cenário epidemiológico de HIV/Aids e os jovens do Centro-Oeste	56
PERCURSO METODOLÓGICO	58
Seleção do Universo de Estudo: critérios de inclusão e exclusão dos municípios pesquisados	59
Estratégias de Abordagem	59
Técnicas e Instrumentos para Coleta em Campo	61
Aplicação dos instrumentos em campo	63
Técnicas de Análise	66
Técnicas de coleta e análise de cada objetivo específico	66
Cuidados Éticos	67
RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
Artigo 1 –.....	70
Artigo 2 –.....	89
Considerações finais	112
Referências	114
Apêndice	120
Apêndice A – Perfil Sociodemográfico dos participantes	120
Apêndice B - Instrumento EducaIndex	1
Apêndice C - Avaliação da Oficina	1
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	3

Apêndice E - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE	6
Apêndice F - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP	9

CAMINHOS PERCORRIDOS

Falar da minha trajetória me faz refletir sobre todos os caminhos que percorri, por isso trouxe na dedicatória algumas mulheres que marcaram a minha vida, cada uma em uma fase e com um ou melhor vários aprendizados.

A educação é um tema que sempre me encheu os olhos. Sou de uma família de pedagogos, até aqui vivo no ambiente escolar onde a educação sempre esteve muito presente. Tentei meu primeiro vestibular para Pedagogia, porém não passei, me vi perdida por não saber que caminho seguir com essa primeira “recusa”, até conhecer a Saúde Coletiva, por uma indicação de um professor do cursinho.

Ao iniciar o curso, me perguntei em diversos momentos o que estava fazendo ali, conheci a professora Clélia (*in memoriam*) e a disciplina de Fundamentos da Educação em Saúde, ministrada na Faculdade de Ceilândia (FCE), assim foram surgindo outras disciplinas que me abriram os olhos para a possibilidade de trabalhar com as duas áreas que tenho tanto apreço - saúde e educação.

A disciplina me mostrou a importância da educação e da saúde andarem sempre lado a lado, pois elas são complementares, aos poucos fui aprofundando nos temas da disciplina, e ali nascia uma nova paixão e uma enorme admiração a Paulo Freire, a qual me debrucei a estudar e conhecer sua trajetória e suas contribuições nas produções acadêmicas no período de 10 anos após o seu falecimento, a pesquisa foi tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), e notei que o autor tem muitas contribuições na área da educação e saúde, porém ele vai além e pode ser encontrado em todas as áreas de formação básica.

Ao concluir a graduação, integrei a equipe do Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde - LabECoS, na qual tive a oportunidade de aprofundar e conhecer outros mundos da pesquisa e reforçar que saúde e educação estão presentes em tudo e em todos.

Em 2015, iniciava um novo ciclo, a caminhada como pesquisadora. Integrei o grupo de pesquisa do Observatório da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - ObservaLGBTT no Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP, onde aprendi muito sobre empatia e busquei trabalhar o meu processo de comunicação por meio da escuta.

Em meados de 2017/2018, integrei o projeto de capacitação e formação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias - ACS e ACE do estado de Goiás.

No projeto, compus a equipe de Inclusão Digital, a partir da qual visitei municípios de Goiás realizando oficinas para apropriação dos conhecimentos básicos para o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC, com computador, smartphone e tablet, no processo de formação permanente, para auxiliá-los no processo de Ensino e Aprendizagem à Distância - EAD.

No período de 2018 a 2022, tive uma imersão na temática das arboviroses, integrei a equipe de pesquisadores do projeto Arbocontrol: gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya, na qual me dediquei a investigar as ações de educação em saúde nas práticas metodológicas, desenvolvidas em 17 municípios das cinco regiões brasileiras, a pesquisa gerou muitos frutos, entre eles a minha dissertação de mestrado voltada para “Comunicação educativa em saúde: experiência das escolas em dois municípios brasileiros na prevenção das arboviroses”.

Com o término do mestrado, notei uma lacuna de conhecimento na área da educação. E em 2019 iniciei o curso presencial de pedagogia no Centro Universitário do Distrito Federal (UDF), que finalizei em fevereiro de 2023.

Em 2019/2020, o LabECoS concorreu a um edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico voltado para jovens sobre HIV/Aids, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e hepatites virais. Diretamente de Portugal, com fuso horário e nos últimos segundos de tempo, submetemos o projeto “Comunicação Promotora de Saúde – Estratégias de Enfrentamento de Epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em População Jovem”, e fomos aprovados. Projeto do qual integro e que tem esta tese como um dos muitos dos seus frutos.

Paralelamente às pesquisas, dediquei parte da minha construção à docência, em disciplinas da graduação em Saúde Coletiva. Iniciei como professora convidada, depois como estagiária em docência e hoje como professora voluntária, nas disciplinas de Comunicação em Saúde, Elaboração de Trabalho Científico, Educação em Saúde e Tecnologia, Informação e Comunicação em Saúde (TICs).

Atualmente estou como pesquisadora do Laboratório ECoS, professora voluntária do Departamento de Saúde Coletiva da UnB, consultora na Coordenação de Vigilância das Doenças em Eliminação da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (CGDE/SVSA/MS), e mãe em tempo integral.

INTRODUÇÃO

Em 1981 nos Estados Unidos, surgiram os primeiros relatos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, mais conhecida como Aids, notificados no *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Em 1983, foi identificado o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que é o agente etiológico da síndrome (Rachid, 2017).

Existem dois subtipos do vírus da imunodeficiência humana (HIV), designados como HIV-1 e HIV-2, são amplamente reconhecidos na literatura científica. O subtipo HIV-1 é predominantemente associado à transmissão de infecções pelo HIV em nível global, representando a cepa mais prevalente em escala mundial. E o subtipo HIV-2 é mais comumente encontrado em populações da África Ocidental (Grant e De Cock, 2001).

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) são enquadradas na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, conforme estabelecido pela Portaria nº 420, de 2 de março de 2022. A notificação compulsória da Aids está em vigor desde 1986, enquanto a notificação da infecção pelo HIV em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical foi instituída em 2000 pela Portaria n.º 993, de 4 de setembro de 2000. A notificação da infecção pelo HIV em geral foi estabelecida em 2014 pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Conseqüentemente, em casos de diagnóstico de infecção pelo HIV ou de Aids, é obrigatório comunicar esses casos às autoridades de saúde (Brasil, 2023).

Apesar da obrigatoriedade de notificação, é observada uma diminuição ao longo dos anos no percentual de casos de Aids registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conforme indicado pelo método probabilístico de relacionamento de bases de dados empregado na geração das informações deste boletim. No ano de 2022, dos 36.753 casos de AIDS detectados, 48,2% foram notificados pelo Sinan, 9,0% pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e 42,8% pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel) (Brasil, 2023).

A subnotificação de casos de infecção pelo HIV e Aids no Sinan, acarreta conseqüências significativas, incluindo lacunas no conhecimento epidemiológico e na identificação de fatores associados à disseminação da doença. Essas lacunas de informação comprometem a capacidade de avaliar com precisão o número total de casos, compreender as vulnerabilidades e os padrões comportamentais da população afetada. Além disso, a falta de dados registrados prejudica a entrega adequada de medicamentos antirretrovirais e a formulação de estratégias direcionadas a grupos específicos e populações em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2023). Esses aspectos

ênfatizam a importância de medidas eficazes para melhorar a notificação e a qualidade dos dados relacionados à infecção pelo HIV e Aids, visando aprimorar a resposta pública e a gestão dos serviços de saúde.

No período de 1980 a junho de 2023, segundo apresentado no Boletim Epidemiológico de 2023, foram notificados 1.124.063 casos de Aids no Brasil, anualmente o país tem registrado uma média de 35,9 mil casos novos nos últimos cinco anos. Em 2013 e 2017, os casos de Aids começaram a diminuir, registrando uma redução de 2,8% no número total, já em 2018 e 2019, essa redução foi menor, chegando a 0,6%. Em 2019, tivemos a pandemia de covid-19, que causou um grande impacto nas notificações, chegando a uma queda de 20,2% dos registros. Já em 2020 e 2021, registrou-se um aumento de 15,9% de casos (Brasil, 2023).

Nesse mesmo período, foram registrados 743.596 (66,2%) casos de aids em homens e 280.346 (33,8%) em mulheres. A maior concentração de casos, foi em pessoas com idade entre 25 e 39 anos do sexo masculino, chegando a 50,1%. Pessoas de 60 anos e mais apresentaram um aumento de 20,3% em 2022, nota-se um aumento da taxa de detecção em jovens de 20 a 24 anos de 10,1%, e de 25 a 29 anos, de 18,3% (Brasil, 2023).

O grupo etário de 13 anos ou mais, registrou em 2022 como principal via de transmissão a relação sexual, em homens foram registrados 77,1% dos casos, 83,4% em mulheres, sendo que entre os homens notou-se um predomínio de exposição em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) de 42,3% (Brasil, 2023).

Quanto aos dados de HIV, no período de 2007 a junho de 2023, foram notificados no Sinan 489.594 casos de infecção pelo HIV no Brasil, desses 38.761(7,9%) na região Centro-Oeste. Em 2022, foram notificados 43.403 casos de infecção pelo HIV, e 3.825 (8,8%) na região Centro-Oeste, sendo a região com o menor número de casos (Brasil, 2023).

Quanto a faixa etária, no período analisado registrou-se 114.593 (23,4%) de casos em jovens entre 15 e 24 anos sendo 25% em homens e 19,6% em mulheres. O que mostra a importância de políticas públicas direcionadas a esse grupo. Em indivíduos de 13 anos ou mais, a principal forma de exposição em pessoas do sexo masculino, foi a de HSH, com 52,6% e no feminino, a prática heterossexual registrou 86,4% dos casos.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (2006), um terço da população mundial é considerada jovem, com faixa etária entre 0 e 24 anos. No Brasil, são aproximadamente 14.942.442 jovens com faixa etária de 10 a 14 anos; 16.218.004 com faixa etária de 15 a 19 anos; e, 17.152.049 de 20 a 24 anos, totalizando 48.312.495 jovens (PopulationPyramid,2020).

Estudos apontam que, dentre a população com HIV, metade das infecções acomete os jovens entre 10 e 24 anos (Brasil, 2006). E, a Aids é a segunda causa de mortalidade em jovens de 10 a 19 anos (UNICEF, 2015). Trata-se, portanto, de um problema de saúde pública mundial e, com impacto tanto no custo para os serviços de saúde brasileiro, quanto na promoção e qualidade de vida desses jovens que, podem chegar a viver com HIV por mais da metade de suas vidas.

Falar em promover a saúde desta população em específico, exige aos profissionais, aos gestores e ao sistema de saúde como um todo, pensar a linguagem, bem como promover e educar este público de forma estratégica que seja eficaz. Além disso, pensar em como este jovem terá acesso a informações para tomada de decisão sobre sua saúde, torna-se indispensável. A população jovem está cada vez mais conectada ao mundo virtual, 80% dos jovens entre 10 a 24 anos declararam ter acessado a internet. Desses, 38.000.483 fazem uso da internet diariamente ou quase todos os dias, 58% declararam realizar atividades na internet para se comunicar, 59% utilizaram a internet para buscar informações e 73% utilizaram a internet para downloads, criação e compartilhamento de conteúdo (CGI, 2019).

A internet é um espaço privilegiado para garantir os direitos à comunicação e à informação. Desde seu surgimento, ela traz a promessa de democratizar a comunicação, de permitir que cada pessoa tenha vez e voz na rede (Castells, 1999). Nada obstante, sabemos que essa promessa não foi cumprida na sua integralidade. O acesso à rede no mundo é desigual e ter voz e vez é para poucos. A Internet se consolida como um ambiente ambíguo, por um lado de acesso à direitos, por outro negação destes e reprodução e produção de violências (Sousa *et al*, 2019).

As tecnologias estão integrando cada vez mais o cotidiano dos seres humanos, no âmbito pessoal e profissional. Porém, ainda temos lacunas no processo de alfabetização midiática e informacional, o que limita a autonomia do sujeito na busca pela informação sobre o cuidado.

No Brasil, cresce exponencialmente o número de jovens conectados, que são atraídos pelo entretenimento, pela informação e, especialmente em momentos de pandemia, pela capacidade de contribuir com a formação que este espaço proporciona. Esses jovens entram na rede de modo intenso e povoam as mídias sociais, as plataformas de jogos dentre outras. Constituem-se como uma geração que renunciou ao impresso, Televisão do rádio para estar no espaço da convergência (Jenkins, 2009).

O indivíduo digitalmente alfabetizado, busca as informações, identifica quais aceitar e rejeitar nos ambientes virtuais, organiza as informações, avalia, compara e interpreta com outras

fontes, cria conhecimentos com base no que encontrou e compartilha a informação com os diversos públicos, com a tradução do conhecimento (Oliveira, 2017).

O presente estudo integra a pesquisa nacional intitulada “Comunicação Promotora de Saúde – Estratégias de Enfrentamento de Epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em População Jovem”, que tem como objetivo analisar a qualidade e adequação das estratégias educativas e comunicacionais voltadas a prevenção das IST, HIV/Aids e hepatites virais dirigidas à população jovem brasileira nos últimos 10 anos (2010 - 2019) nas cinco regiões do Brasil. A pesquisa matriz conta com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e está sendo desenvolvida pela Universidade de Brasília, Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde (LabECos/FS/UnB), em parceria com outras instituições públicas e privadas das cinco regiões do Brasil.

É de suma importância identificar onde e como os jovens buscam informações, e como eles avaliam a confiabilidade da informação encontrada no mundo digital. E paralelo a essa busca é necessário avaliar se a comunicação que tem sido realizada atualmente tem se comunicado com esse público. Sendo assim, esta pesquisa propõe-se a identificar a relação dos jovens com o acesso à informação mediado por tecnologias e analisar as características educacionais das produções temáticas sobre HIV/Aids produzidas pelo Ministério da Saúde dirigidas ao público jovem da região Centro-Oeste.

Buscando respostas para as lacunas identificadas acima, a presente tese está dividida em três tópicos centrais. O referencial teórico apresenta a construção conceitual de educação e comunicação em saúde; o encontro da educação e da comunicação na educomunicação; cenário digital do século XXI e a importância da alfabetização midiática e informacional; educação em saúde nas mídias como estratégia de comunicação promotora para prevenção de doenças e promoção da saúde; uma busca conceitual sobre jovens e onde eles buscam informações; e finalizando o referencial o leitor encontrará um resgate do cenário epidemiológico de HIV/Aids no Brasil. Em sequência, temos o percurso metodológico realizado para elaboração da pesquisa com realização de coleta de campo e técnicas de análise; e pôr fim a apresentação dos achados na literatura e na região Centro-Oeste.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a percepção dos jovens de 15 a 24 anos, da região Centro-Oeste, sobre as características educacionais das produções temáticas sobre HIV/Aids produzidas pelo Ministério da Saúde.

Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil dos jovens do Centro-Oeste que participaram da oficina;
- Conhecer a relação dos jovens com a busca por informações sobre HIV/Aids por meio do perfil sociodemográfico;
- Identificar como os jovens interagem entre si e com outras pessoas sobre o tema;
- Registrar a percepção dos jovens sobre as campanhas do Ministério da Saúde por meio do instrumento Educaindex;

REFERENCIAL TEÓRICO

“Não existe saber mais ou saber menos; há saberes diferentes.”

Paulo Freire

O Referencial Teórico desta pesquisa, é dividido em oito temas, sendo: Educação e Comunicação em Saúde; Educomunicação em Saúde; educação em saúde nas mídias e a importância da Alfabetização Midiática e Informacional (AMI); o cenário digital e a evolução das gerações; o cenário epidemiológico dos casos de HIV/Aids no Brasil com ênfase no Centro-Oeste; e o cenário de HIV/Aids em jovens da região.

Vamos iniciar com a educação e comunicação em saúde, onde vamos conhecer os conceitos de educação e comunicação em saúde destacados pelo estudo, e a maneira que cada área pode ser abordada em suas singularidades. Após esse contato inicial, vamos aprofundar o encontro da educação e da comunicação apresentando a Educomunicação em Saúde, com seus conceitos e práticas.

Educação em/e/na Saúde

A interface da educação com a saúde é estudada em diferentes perspectivas e nomenclaturas. Educação EM saúde, Educação NA saúde, Educação E saúde, esses, são alguns dos termos mais encontrados, muitas vezes utilizados como sinônimos, mas em sua maioria informam conceitos diferentes. Vamos então conhecer o que os estudiosos sobre o tema apresentam sobre essas diferenças.

Antes é importante um breve resgate histórico, antes do termo educação em saúde, utilizava-se o termo educação sanitária que foi proposto pela primeira vez em 1919, nos Estados Unidos, durante uma conferência internacional sobre a criança (Renovato,2012). No Brasil foi implementado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no período de 1942 a 1948. A educação sanitária era vista como um pilar da saúde pública (Renovato, 2011).

As ações de educação sanitária realizadas pela SESP, eram direcionadas para as regiões mais carentes e rurais, pois acreditava-se que as más condições de vida, a pobreza e o analfabetismo influenciavam o surgimento de novas doenças (Renovato, 2011).

A educação sanitária era pautada em um modelo que a informação contribuía com a mudança de comportamentos, levando a premissa de que a população não tinha conhecimento, sendo assim, os especialistas eram responsáveis pela transmissão de seus saberes para que então

a população mudasse seus hábitos, que do ponto de vista sanitário eram hábitos indesejáveis (Renovato, 2012).

Com o passar do tempo, o conceito de educação sanitária foi mudando, assim como as atividades da SESP, onde eles passaram a aderir o lema *“fazer as coisas para os indivíduos, mas com os indivíduos, ajudando-os a solucionar os seus problemas, envolvendo-os no processo de sua solução”* (Bastos e Grossman, 1958 *apud* Renovato, 2011).

No período de 1980 a 1992, o Ministério da Saúde começou a elaborar documentos que mudavam o termo de educação sanitária para educação em saúde, onde notava-se um enfoque voltado a mudança de comportamento estimulando a população (Renovato, 2012). Nesse período de mudança de termo e redefinição de conceitos, as concepções de Paulo Freire contribuíram consideravelmente, enfatizando a educação como processo libertador e transformador, onde o sujeito deixa de ser passivo e passa a ser mais consciente e capaz de fazer suas escolhas (Renovato, 2012).

Após conhecer esse breve histórico de termos e redefinição de ações no que tange a educação e a saúde, vamos conhecer como estudiosos tem conceituado e diferenciado a educação em/e/na saúde.

O termo **educação em saúde** vem sendo conceituado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Falkenberg (2014), Conceição (2020), De Oliveira (2018), Reis (2010), Salci (2013), De Sousa (2020), Freire (2014), Donatto (2003), segue alguns desses conceitos. Para a OMS, a educação em saúde é a combinação de ações e experiências de aprendizado planejado que tem como objetivo qualificar as pessoas para que elas conheçam os fatores determinantes e o comportamento de saúde.

Falkenberg (2014) relata que as práticas de educação em saúde, devem ser realizadas pela tríade de: profissionais da saúde que valorizam as ações de prevenção e promoção; gestores que apoiam os profissionais; e a população que constrói seus conhecimentos aumentando a autonomia no processo de cuidado de maneira individual e coletiva.

Porém, notamos que a prática ainda está distante do que a teoria define, pois, a educação em saúde requer pensar crítico e reflexivo, permitindo a relação com a realidade e propondo ações transformadoras que contribuem com a autonomia do sujeito no processo de cuidado e capacitando-o a opinar nas decisões que contribuem com a sua saúde e de seu coletivo (Falkenberg, 2014).

Conceição (2020), reforça que as ações de educação em saúde são de extrema importância nos serviços de saúde da atenção básica, e podem ser executadas por todos os profissionais da saúde, desde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ao médico (a), os demais

profissionais que atuam nas unidades nos serviços gerais (limpeza e segurança) também contribuem com essas ações. O que pode contribuir com o fortalecimento da relação entre usuário e unidade de saúde.

A educação em saúde alicerça o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a participação popular nas políticas públicas de saúde, englobando os conhecimentos de prevenção e promoção. De Oliveira (2018), ressalta ainda que a educação em saúde pode potencializar o controle social das políticas públicas, buscando atender as demandas reais da população.

Pensando no controle social e nas demandas locais, para Paulo Freire a educação em saúde atualmente está associada ao modo que cada um compreende sobre determinado tema, atendendo aos princípios e valores inovadores do SUS, ampliando a integralidade da atenção, visando a atenção integral e humanizada da população (Reis, 2010).

Salci (2013), reforça que um dos recursos indispensáveis para as ações de educação em saúde é a comunicação, que pode ser vista como elementos de persuasão, mobilização e participação social, motivando a opinião pública, apoiando a autonomia das escolhas comportamentais que influenciam na prevenção das doenças.

A educação é vista como uma estratégia essencial para prevenir doenças e auxiliar na promoção da saúde, contribuindo com o bem-estar físico e mental, não só do indivíduo, mas também do coletivo, e deve ser realizada por meio de uma comunicação objetiva e eficaz, e que seja o mais próximo possível da realidade de cada indivíduo (De Sousa, 2020).

A educação é uma ação transformadora que envolve dois ou mais sujeitos, para que haja possibilidade da troca de saberes, quando a educação é feita de forma vertical de cima para baixo, onde somente um compartilha os seus saberes, realizando a educação bancária, o educando compartilha o saber e o educando memoriza as informações, assim o educando passa a ser um “comunicador” [grifo do autor], onde “o único papel do educando é receber a informação e memorizar” (Freire, 2014, p. 80).

Este trabalho ancora na educação que se baseia na troca de saberes, que envolve os jovens entre si, jovens e profissionais da saúde, jovens e acadêmicos e jovens e gestão. Neste estudo os jovens ocupam papel de educando e educadores, compartilhando seus saberes e vivências, não somente sobre HIV/Aids, mas também das estratégias de comunicação que os envolva na informação influenciando no processo de promoção da saúde e agravo da doença. Essas trocas e construções são realizadas por meio da comunicação, que tem como base o diálogo (Donatto, 2003).

E a **educação na saúde** é definida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009, p.20), como: *“Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.”*

O conceito apresentado pelo Ministério da Saúde, nos mostra que os profissionais da saúde podem ter diversos cenários de atuação que estão em constante desenvolvimento, mostrando também a importância de os profissionais trabalharem as relações intra e interpessoais, que vai além do processo de formação básica, adquirida na graduação. O que permite contribuir com o processo de cuidado dos profissionais da saúde e dos usuários (Falkenberg, 2014).

Com a necessidade de um processo de formação em múltiplas relações e ações, é necessário que as instituições de serviço incentivem, apoiem e proporcionem momentos e espaços para o desenvolvimento e formação dos profissionais. Esses processos são conceituados em: educação continuada e educação permanente.¹

E para definir **educação e saúde**, citamos Stotz (1993), que conceitua como “uma área de saber técnico, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para “instrumentalizar” o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas” (p. 1).

Segundo Stotz (1993), por décadas a educação e saúde, teve caráter de ações preventivas, principalmente nos serviços de saúde. Na época acreditava-se que a origem das doenças era conforme comportamento dos indivíduos, levando em consideração os fatores de risco, como: falta de atividade física, fumar, ausência de uma dieta. O que responsabilizava cada indivíduo pelas suas consequências.

Ao responsabilizar o indivíduo pelas suas ações, nota-se a necessidade dos governos em lidar com os limites da assistência médica, visando os problemas de saúde da população e não mais só do indivíduo, pois acredita-se que os problemas se encontram nas relações sociais e na estrutura da sociedade, e não só no sujeito que adoece (Stotz,1993).

¹ Falkenberg (2014) define **educação continuada** como atividades de ensino realizadas após a graduação, com tempo de execução previamente estabelecido e com o uso de metodologias tradicionais, conforme estrutura de uma pós-graduação, que pode apresentar uma estrutura sequencial e que permite o acúmulo de informações que envolve a técnica e a ciência, conhecida e aplicada no âmbito institucional ou pessoal. Já a **educação permanente** tem como base a problematização encontrada no processo de trabalho, e tem como objetivo contribuir com as práticas profissionais e com a organização do trabalho.

As necessidades de saúde deixam de ser vistas como individual e passa a ser identificada como necessidade coletiva, mostrando a importância da criação e fortalecimento de políticas públicas e da comunicação em saúde como processo de cuidado coletivo.

E para conhecer as necessidades locais, precisamos colocar em prática a comunicação em saúde, que deve andar lado a lado com a educação, auxiliando no processo de escuta e troca, sendo assim no próximo tópico vamos abordar sobre a comunicação em saúde, seu processo de execução e a importância da comunicação na saúde.

Comunicação em Saúde

“Você pode saber o que disse, mas nunca o que o outro escutou.”

Jacques Lacan

A educação em saúde é realizada por meio da comunicação, por meio do diálogo e troca. Além dessas áreas serem complementares, elas possuem uma singularidade, ambas ao serem relacionadas com o tema saúde apresentam diferentes perspectivas e nomenclaturas, sendo assim vamos conhecer o que estudiosos da área apresentam.

Para conceituar e contextualizar a **comunicação e saúde**, citaremos Araújo e Cardoso (2007), que relaciona a comunicação com os princípios do SUS: 1) princípios doutrinários: universalização, equidade e integralidade; 2) princípios organizativos: descentralização, hierarquização e participação. As autoras defendem a importância da comunicação como um direito, considerando os desafios de produzir e compartilhar ideias e saberes, não só de profissionais da área de comunicação ou da saúde, mas uma comunicação acessível a todos, contribuindo com a diversidade de vozes, não apenas em momentos pontuais, mas em múltiplos níveis e âmbitos. Além disso, é essencial conceder à população o direito de ser ouvida e de participar dos processos comunicativos, contribuindo com seu conhecimento e trazendo à tona questões que possibilitem outras pessoas a participarem das decisões e políticas de saúde. As autoras enfatizam que a delimitação do campo, expressa pelo uso da conjunção "e", reflete uma abordagem que compreende a comunicação e a saúde como áreas de igual relevância, que se complementam na produção de um novo conhecimento, sem que uma prevaleça sobre a outra.

Já a **comunicação para saúde**, não se refere apenas a difusão e análise das informações, mas também a elaboração e realização de estratégias comunicacionais de caráter massivo e comunitário, contribuindo para a prevenção de doenças e promoção da saúde com o auxílio de implementação de políticas de saúde e educação (Virginia Pintos, 2001 *apud* Oliveira-Costa, 2017).

A **comunicação para saúde**, busca como aliada os meios de comunicação de massa (televisão, *internet*, rádio, jornal), que permite um maior alcance do compartilhamento de experiências e saberes, que possam corroborar com a mudança de comportamento do indivíduo e da sociedade, ou nas ações de comunicação que buscam a mobilização social para uma vida mais saudável. Pode ser aplicada por meio de grandes eventos de comunicação ou pequenas ações que dialoguem com a diversidade de saberes e atores (Casas, 2008 *apud* Oliveira-Costa, 2017).

E a **comunicação em saúde** pode ser vista como uma estratégia de comunicação² que tem como objetivo informar e influenciar os indivíduos e as comunidades, não só no que tange a promoção da saúde. Teixeira (2004), apresenta algumas finalidades que a comunicação em saúde pode ter, como: prevenir riscos; prevenir doenças; ajudar com possíveis ameaças à saúde; sugerir mudanças de comportamentos; apoiar a realização de exames de rastreio; compartilhar informações sobre saúde e sobre doenças; compartilhar informações sobre exames e resultados; receitar medicamentos; e indicar medidas preventivas e de autocuidado.

As finalidades acima apresentadas não necessariamente precisam ser técnicas ou com formação acadêmica na área da saúde, em algumas situações a leitura técnica ajuda, mas realizando a tradução da informação para uma linguagem mais popular e conforme a realidade de cada indivíduo ela pode ser compreendida com base na leitura de mundo de cada um (Bizzo, 2002).

Para Renaud (2010) *apud* Oliveira-Costa (2017), a comunicação em saúde abordada na saúde pública, não tem como objetivo apenas informar, mas também conscientizar a população:

“la communication sur la santé, initiée notamment par les instances de santé publique, s’efforce non seulement d’informer, mais aussi de sensibiliser aux questions relatives à ce domaine, en tenant compte des réalités des individus, des communautés et des organisations. Cela dans le but de favoriser chez ces derniers des changements qui permettront d’améliorer leur santé et celle de la population en général.” (Renaud, 2010; p. 20 *apud* Oliveira – Costa, 2017; p. 29).

Coriolano - Marinus (2014), ressalta que mesmo com o passar dos anos e as mudanças dos modelos comunicativos em alguns lugares a comunicação tem como paradigma a “*imposição de comportamentos e repasse de informações, abordando a necessidade de construção de práticas horizontais*” (p.6), a prática impositiva ainda é utilizada nas práticas de educação em saúde, e é vista como uma intervenção verticalizada e unidirecional, onde “*se acredita que o ‘envio’ da informação ‘correta’ e ‘científica’ é suficiente para a transformação das normas de comportamento. Acredita-se, ainda, que o coletivo dos usuários é ‘vazio’ de conhecimentos, cabendo à educação em saúde preencher esse vazio*” (p.6).

Esse processo educativo de imposição, leva em consideração somente os aspectos biológicos, ignorando a historicidade, cultura e complexidades de cada indivíduo e seus contextos. Na educação em saúde, a comunicação bidirecional cria vínculos por meio da escuta empática, diálogo, reflexão e articulação dos saberes, fortalecendo assim a educação popular

² Araújo e Cardoso (2007, p.74), diferenciam comunicação de estratégia de comunicação, como: “Comunicação – o ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais; Estratégia de comunicação – o modo como se ativa algum fragmento desse circuito.”

em saúde, que é defendida por Paulo Freire em suas publicações, que busca dar autonomia, tornando o indivíduo um ser crítico, livre e transformador, capaz de criar e recriar sua realidade.

Mendonça (2014), elaborou que comunicação em saúde é:

“[...] possibilitar acessibilidade e acesso por meio de acolhimento e construção de autonomia, promovendo comprometimento com diálogo, entendimento do direito, empoderamento e humanização das relações. É possibilitar integração, integralidade, inclusão e participação, reflexão, resolutividade, respeito e solidariedade. É processo primordial, desafio de transformação de construção de vínculo e dever da cidadania” (p. 705).

A comunicação pode ser vista como estratégia no processo de ensino- aprendizagem, Sierra (2014) cita três princípios comuns na comunicação e na educação: princípio da racionalidade - o sujeito é criador, ator e responsável pelo seus atos para realizar a comunicação, assim a educação é a relação e a comunicação o espaço de envolvimento; princípio da alteridade, a comunicação precisa de mais de um sujeito para que haja a interação; princípio da dialogicidade, que envolve a identificação e reconhecimento do outro para a construção do saber.

É importante ressaltar que muitas vezes a informação e a comunicação são vistas como a mesma coisa. Mas nem toda informação é uma comunicação, a informação e a comunicação são complementares, mas possuem definições e finalidades diferentes. Segundo Wolton (2010), a informação pode ser dividida em três categorias:

“oral, imagem e texto. Esses dados podem estar presentes em diversos suportes. Tem-se a informação notícia ligada à imprensa, a informação serviço, em plena expansão mundial graças especialmente a internet; e a informação conhecimento, ligada ao desenvolvimento dos bancos e bases de dados; [...] informação relacional, que permeia todas as demais categorias e remete ao desafio humano da comunicação” (Wolton, 2010, p. 17).

Wolton (2010) apresenta a informação em seus diversos formatos, já Araújo e Cardoso (2007) apresenta a diferença de comunicação e informação, como:

“[...] a informação aprofunda os fundamentos e métodos da produção dos dados e sua conversão em informação, e a comunicação deu mais atenção aos procedimentos pelos quais a informação pode ser tratada, circular e ser transformada em saberes pelas pessoas e instituições”. (Araújo e Cardoso, 2007, p. 31).

É importante destacar essas diferenças conceituais e até mesmo de uso, porque a comunicação busca o aprofundamento das relações. A comunicação é muito presente em nosso cotidiano, ela nos incentiva a compartilhar e realizar trocas diárias, seja de relatos, experiências, informações e saberes, essas trocas podem “percorrer o presente, reencontrar o passado e tornar possível o futuro” (Wolton, 2010, p.17).

A informação é o complemento da comunicação, e podemos nos deparar com dois processos comunicacionais, a comunicação unidirecional e a bidirecional. A comunicação unidirecional é realizada por três elementos: emissor, que inicia a mensagem, a mensagem que é o conteúdo ou informação compartilhada e o receptor que é quem recebe a mensagem, e paralelo a mensagem podemos encontrar os ruídos que segundo Mendonça (2021), “*nos permite conhecer as dificuldades do emissor e receptor em elaborarem suas narrativas e compreensões*” (p. 167).

Sobre os ruídos comunicacionais, Donato (2017) aponta alguns fatores que podem acontecer durante a troca, como: escuta mecânica, onde os símbolos e comportamentos são reproduzidos e são desvinculados da realidade, o que torna a comunicação sem sentido para o receptor; outro ruído identificado pela autora é o tipo de linguagem utilizada, a mensagem deve ter termos simples. Mais à frente nos resultados da pesquisa, poderemos notar a presença do ruído de linguagem na aplicação do EducaIndex (instrumento elaborado pela pesquisa na qual a presente produção integra).

Corcoran (2011) divide a comunicação em cinco categorias: intrapessoal, interpessoal, organizacional, comunitária e pública de massa. A autora apresenta no quadro 1 os métodos e meios de realização de cada uma dessas comunicações.

Quadro 1. Categorias, métodos e meios de comunicação

Categoria de comunicação	Método de comunicação	Meio de comunicação
Intrapessoal	comunicação interna	o que pensamos
Interpessoal	comunicação entre duas ou mais pessoas	e-mails, telefonemas ou qualquer atividade que permita a troca de informações
Organizacional	comunicação formal ou informal em uma organização	conferências, debates, memorandos, intranet, boletins, seminários
Comunitária	comunicação realizada pela comunidade e na comunidade	rádio local, jornais locais, conversas, debates, feiras de saúde, anúncios em transportes coletivos
Pública/ de massa	comunicação realizada em grande escala, podendo ser nacional e internacional	jornais, televisão, celular, internet, rádio

Fonte: Corcoran, 2011, adaptado por Andrade, 2018.

Conforme as categorias do quadro acima, a comunicação intrapessoal é o que pensamos internamente; a comunicação interpessoal é compartilhada com outras pessoas e/ou grupos; a comunicação organizacional é vista como oficial; comunicação comunitária é a forma que as informações e conteúdo são repassados à comunidade; comunicação de massa é a que busca um maior alcance de receptores, pode ser utilizada através das mídias sociais ou de outras estratégias de comunicação, como televisão, jornal.

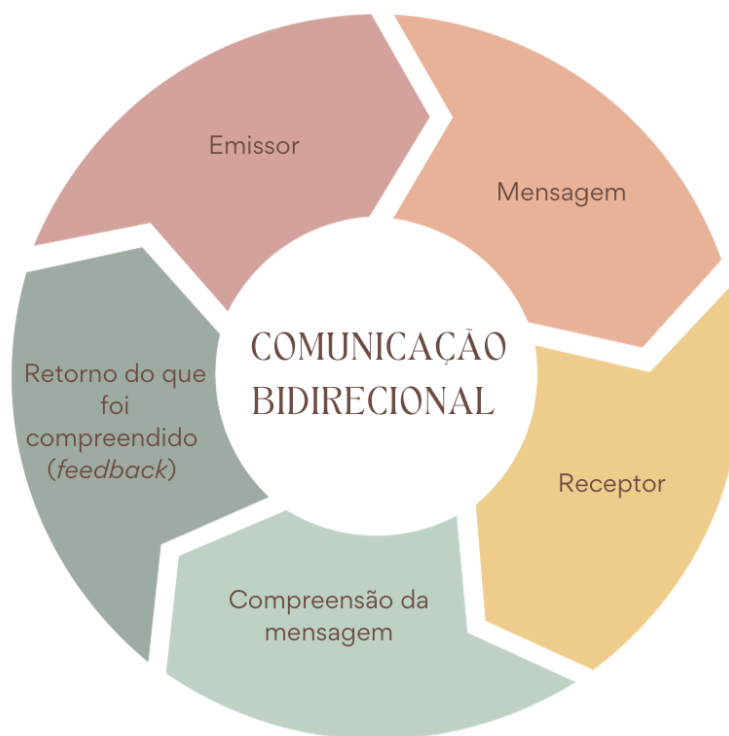
Quando aplicado a este estudo podemos encontrar todas as categorias acima nas relações comunicacionais e de análise da pesquisa, o que os jovens pensam sobre a temática de HIV/Aids (intrapessoal), como eles compartilham os seus conhecimentos e construções sobre o tema com os colegas (interpessoal), a relação dos jovens com as campanhas do Ministério da Saúde como comunicação norteadora (organizacional), como os jovens recebem as informações passadas pelo Ministério da Saúde (comunitária), o alcance dessa comunicação no público jovem e se as estratégias que os jovens consideram mais efetiva são as mesmas utilizadas pelo Ministério da Saúde (comunicação de massa).

A mensagem da comunicação pode ser transmitida no formato de signos que são as motivações que fazem referência a outras ideias; os símbolos são os signos com decodificação única; e os sinais são os signos com diversos significados, Da Silva (2002), define também as finalidades básicas da comunicação que são:

“[...] entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade. A comunicação é antes de mais nada, um ato criativo. Não existe apenas um agente emissor e um receptor, mas uma troca entre as pessoas, formando um sistema de interação e reação, ou seja, um processo recíproco, que provoca, a curto ou longo prazo, mudanças na forma de sentir, pensar e atuar dos envolvidos.” (Da Silva, 2002, p. 23 e 24)

O processo de interação e reação da comunicação principalmente quando o assunto é saúde, pode ser fortalecido ao se trabalhar com o processo bidirecional, onde além dos três elementos apresentados na comunicação tradicional, temos a inclusão da compreensão do receptor sobre a mensagem e o retorno (*feedback*) do que foi entendido para o emissor, com a inclusão desses dois elementos, passamos a ter uma comunicação cíclica (Figura 1), onde o diálogo não tem um fim e sim uma sequência de acontecimentos, o que pode fortalecer a troca (Corcoran, 2011).

Figura 1. Comunicação em saúde no formato bidirecional



Fonte: Corcoran, 2011.

A comunicação unidirecional e bidirecional pode ser realizada no formato verbal por meio de palavras, frases e textos, e pode ser realizada no formato não verbal, com o auxílio de imagens, expressões e gestos corporais. As mensagens sobre saúde normalmente são de cunho preventivo, de risco ou que busquem a conscientização (Corcoran, 2011).

A educação e a comunicação são áreas com pontos convergentes, ambas são vistas como essenciais para a mudança e desenvolvimento humano, as duas ciências juntas proporcionam melhorias para a sociedade. Segundo Freire e Carvalho (2012) “*a convergência das duas áreas, educação e comunicação, criam um novo campo de saber, a educomunicação, que tem como objetivo comum a construção da cidadania*” (p. 1).

Educomunicação em Saúde

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.”

Paulo Freire

Iniciamos este capítulo apresentando conceitos de educação em saúde e um resgate histórico de como surgiu o termo, diferenciamos informação de comunicação, que se parecem, porém são complementares, e por último, mas não menos importante, apresentamos conceitos e processos da comunicação unidirecional e bidirecional, que é a mais indicada ao se tratar de comunicação em saúde. Aprofundando na temática, faremos o encontro das duas áreas que será abordada como Educomunicação em Saúde.

A autoria do termo educomunicação, foi atribuído a Mário Kaplún em 2005 pelo professor Ismar de Oliveira Soares, que em 1996 criou o Núcleo de Comunicação e Educação na Universidade de São Paulo (NCE/USP), na qual passou a se dedicar a inter-relação Educação/Comunicação, e com seu aprofundamento teórico atribuiu o termo porque Kaplún iniciou o uso do termo *“educación para los médios”* ou conceito de comunicação educativa que é visto como sinônimo de educomunicação (Freitas, 2015).

Para contextualizar a criação do termo, é importante um resgate histórico sobre Mario Kaplún, nasceu em 1926 em Buenos Aires na Argentina, cursou magistério, mas não lecionou para o ensino básico, iniciou o curso superior de Filosofia e Psicologia, mas não concluiu porque descobriu (segundo ele mesmo) outra maneira de fazer educação com o uso dos meios de comunicação. Segundo bibliografia e outros manuscritos Kaplún defendia que *“nós, os comunicadores, nos formamos na práxis”*, que segundo Freitas (2015), a *“afirmação denota o caráter genuinamente comunitário, libertador e contra hegemônico que demarcam o bojo da gestação das experiências educacionais”* (p.3).

Em 1942, Kaplún vai ao ar com o seu primeiro programa de rádio educativa pela emissora oficial do Estado e pela emissora privada com cobertura nacional na Argentina, em sua caminhada foi também para televisão, mas foi na rádio que desenvolveu a maior parte da metodologia e técnica de educação comunicacional. O propulsor do método de educação e comunicação proposto por Kaplún, foi o programa Jurado 13, o programa apresentava com detalhes os problemas cruciais que afetavam a América Latina naquele período (Freitas, 2015).

A metodologia de Kaplún, permitiu a formação de comunicadores populares fora dos padrões de educação tradicional e bancária no ambiente escolar ou acadêmico. Os comunicadores foram formados por meio de oficinas, seminários, encontros dos movimentos,

e com essa autonomia do ensino onde o aluno é parte do processo de ensino-aprendizagem, Kaplún buscou inspiração em Paulo Freire, que tinha em suas abordagens a comunicação como um diálogo para todos e a comunicação como um direito (Freitas, 2015).

Para Kaplún (Freitas, 2015) o rádio era o difusor da educação à população que é tão diversa, podendo chegar a analfabetos e não analfabetos, diversas classes sociais, as diversas populações e principalmente para quem não tinha acesso a outros meios.

Segundo Caracristi, 2014 *apud* Freitas 2015, na perspectiva de promover educação por meio do rádio, Kaplún buscou se apoiar na teoria de Bordonave³, que identifica três opções educativas: a **educação com ênfase nos conteúdos** que tem como base a educação tradicional, Paulo Freire define como educação bancária, onde o aluno apenas recebe as informações, e somente o professor é dotado de conhecimento, e esse conhecimento é repassado de geração para geração; **educação com ênfase nos resultados**, que para Kaplún é a que mais influenciou a comunicação, pois requer uma abordagem mais ampla, que busca promover trocas de saberes e sentimentos na emissão das mensagens, impactando no comportamento das pessoas; e a **educação com ênfase no processo**, que tem como objetivo principal o processo de mudança da pessoa e da comunidade, priorizando o diálogo com compartilhamento de vivências e realidades.

A educação com ênfase no processo, é fundamental para a compreensão da educomunicação, que tira o sujeito da zona de confronto, mostrando que a informação e a comunicação não devem ser impostas como prioridade, pois elas podem mudar conforme as construções, locais e realidades.

Agora que fizemos um resgate histórico e de contextualização do termo, seguiremos com os conceitos de educomunicação e a aplicação do conceito na prática.

Segundo a Associação Brasileira de Pesquisadores e Profissionais em Educomunicação (ABPeducom), educomunicação é

“um paradigma orientador de práticas sócio-educativo-comunicacionais que tem como meta a criação e fortalecimento de ecossistemas comunicativos abertos e democráticos nos espaços educativos, mediante a gestão compartilhada e solidária dos recursos da comunicação, suas linguagens e tecnologias, levando ao fortalecimento do protagonismo dos sujeitos sociais e ao consequente exercício prático do direito universal à expressão.” (Site ABPeducom)

O Núcleo de Comunicação e Educação da USP entende o termo educomunicação como um campo de ação emergente na interface entre os campos da educação e da comunicação, que atualmente se apresenta como estratégia de renovação das práticas sociais que buscam ampliar

as condições de expressão de todos os seguimentos humanos, principalmente da infância e da juventude.

Para Freire e Carvalho (2012) educomunicação é a construção de novos saberes e da democratização da informação que contribui com o estímulo ao senso crítico, fortalecendo a conscientização, sensibilização e a formação de uma sociedade mais acolhedora e afetuosa.

Em meados da década de 60, realizou-se uma análise da educação nas telas do cinema, a pesquisa foi desenvolvida pela organização canadense *Media Awareness Network*, e definiram oito princípios e premissas para a Educomunicação (Vivarta, 2004 *apud* Freire e Carvalho, 2012, p. 04):

- a) Todos os tipos de mídia são construções - a mídia não é um simples reflexo da realidade externa. Ela apresenta produções que tem propósitos específicos;
- b) A mídia constrói a realidade - frequentemente apresenta observações e experiências pré-construídas, com atitudes e interpretações já embutidas;
- c) O público negocia significados na mídia - cada indivíduo interage de forma única com os textos da mídia, com base em fatores como gênero, raça, idade, classe social e experiência de vida;
- d) A mídia tem implicações comerciais - a capacidade de entender a mídia inclui a consciência da base econômica da produção dos meios de comunicação de massa;
- e) A mídia contém mensagens ideológicas de valor - a capacidade de entender a mídia envolve a consciência das implicações ideológicas e dos sistemas de valores dos seus textos;
- f) A mídia tem implicações políticas e sociais - dela decorre um amplo leque de efeitos políticos e sociais. A mudança da vida familiar, o uso do tempo de lazer e as campanhas políticas pela televisão são três exemplos disso: A mídia também tem um papel importante na mediação de eventos e questões globais, dos direitos civis ao terrorismo;
- g) Forma e conteúdo estão intimamente relacionados a mídia - Cada meio tem sua própria gramática e codifica a realidade de forma única;
- h) Cada tipo de mídia tem formas e estéticas peculiares - os estudantes devem ter capacidade não apenas de decodificar e entender os textos da mídia, mas também para apreciar a forma estética e peculiar de cada meio. (Adaptado de *Media Literacy Resource Guide. Ministry of Education. In Vivarta, 2004, p.270*).

Apesar dos princípios acima estarem relacionados à educação por meio das telas de cinema, todos podem ser aplicados e realizados em todas as mídias e com auxílio das diversas TICs que temos atualmente.

A comunicação realizada por meio das TICs, podem ser as mesmas, porém, elas causam efeitos diferentes no receptor, levando em consideração sua bagagem cultural, religiosa, conhecimento pessoal, idade, sexo, interesse pelo tema abordado, entre outros determinantes, o que acaba influenciando no processo educativo e nas ações de educomunicação (Freire e Carvalho, 2012).

O processo de educomunicação varia de local para local, conforme necessidade do indivíduo e coletivo, sendo assim, ela precisa de um processo de escuta para que se identifique as necessidades, e os indivíduos sintam-se participantes do processo de cuidado, fortalecendo a relação com a saúde, não só com os profissionais, essa relação e vínculo pode ser fortalecida por meio das ferramentas de TIC.

Para alguns autores como Fiuza *et. al* (2021), a educomunicação é a oportunidade dos profissionais da saúde terem um maior contato com as ferramentas e tecnologias de informação e comunicação (TIC) e Soares *et. al* (2021) complementa que esse contato dos profissionais é também com a informação no contexto digital e em rede, potencializando o diálogo e respeito com a comunidade. Fortalecendo que ao falar de saúde e qualidade de vida do coletivo, o trabalho deve ser com os envolvidos e não para os envolvidos, criando uma comunicação horizontal e que os sujeitos se sintam participantes da construção para a mudança.

Em meados da década de 80, a educomunicação passou a ser configurada como uma prática social no meio acadêmico. E segundo Messagi *apud* Machado (2014) a educomunicação pode ser dividida em três linhas:

“[...] educação para mídia, educação por meio da mídia; e educação com a mídia. A primeira se restringe a preparar os instruídos para serem críticos da mídia, para que não sejam influenciáveis; a segunda é o uso da mídia como mediadora do processo educativo [...]. Já a proposta de educação com a mídia está ligada a hibridização dos dois campos, levando o aprendiz a desenvolver produtos comunicativo-educativos e ampliando seus conhecimentos” (Messagi *apud* Machado, 2014, p. 07).

Com o avanço tecnológico e o uso das mídias em nosso cotidiano, devemos auxiliar a população, profissionais da saúde e da educação (profissionais abordados no presente trabalho) a utilizar esses meios de comunicação de maneira correta, dando a população autonomia para construção do conhecimento de maneira libertadora e produtiva.

De Oliveira Soares (2000), enfatiza que é necessário criar metodologias pedagógicas e educativas, para que “os adultos ensinem não o que os jovens devem aprender, mas como devem fazê-lo; e não como devem comprometer-se, mas qual o valor do compromisso” (p.21). A informação precisa ser construída junto com os sujeitos ao qual ela é direcionada, para que eles se sintam parte do processo aprendizagem.

A inclusão da população no processo de criação da informação, incentiva que eles sejam os multiplicadores da informação de qualidade e possam fazer uso da palavra com apropriação, não só nas mídias, mas em todos os espaços, incentivando o empoderamento midiático (De Oliveira Soares, 2014).

O termo educomunicação vem sendo vinculado ao termo alfabetização midiática, ambos possuem suas definições e devem ser vistas como processos complementares. E por isso De Oliveira Soares (2014), conceitua educomunicação, como:

“a autonomia epistemológica de sua ação, uma vez que busca sua sustentação não exatamente nos parâmetros da Educação (em suas filosofias ou didáticas) ou, mesmo, da Comunicação (em suas teorias e práticas), mas na interface entre ambas (o mundo que se revela no encontro dos dois campos tradicionais). No caso, a Educomunicação dialoga com a Educação, tanto quanto a Comunicação, ressaltando, por meio de projetos colaborativamente planejados, a importância de se rever padrões teóricos e práticos pelas quais a comunicação se dá” (p.23 e 24).

Sendo assim é importante pensarmos estratégias que apoiem a mudança social, iniciada na alfabetização e incentivada pela apropriação das vivências e saberes, dando autonomia para se expressar, ampliando e agregando os sujeitos sociais e políticos para que lutem pelas suas necessidades. É importante pensarmos nas mídias como aliada no processo de cuidado, mas para isso precisamos ampliar os nossos conceitos sobre educação em saúde na mídia e a Alfabetização Midiática Informacional (AMI), temas abordados no próximo tópico.

Educação em Saúde pela Mídia e a importância da Alfabetização Midiática e Informacional (AMI) para uma comunicação promotora de saúde

“A educação que precisamos há de ser a que liberta pela conscientização. A que comunica e não a que faz comunicados.”

Paulo Freire

Nos tópicos iniciais do referencial vimos que a educação é transformadora e tem como base a relação de troca de saberes para a construção de um saber em comum. Lembrando que não há um saber mais ou saber menos, e sim saberes complementares. E que ninguém aprende sozinho, e assim a educação pode ser vista como a tríade, que envolve – educador – educando – conhecimento que pode ser o processo cultural de cada grupo (Donato, 2003).

Vimos também que a comunicação é a base para a educação, pois ela contribui com o diálogo e a troca. O processo comunicacional é realizado por múltiplos sujeitos, o que fortalece a diversidade da informação, não sendo um produtor da informação, mas vários com diferentes pontos de vista. Para Donato (2003), “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (p.5).

Buscando ampliar o alcance da comunicação e da educação em saúde, busca-se criar redes de diálogo e troca, que pode ser construída por interesses semelhantes ou não. Essa rede pode ter como aliada a internet, que é um meio de comunicação e educação, que pode ser utilizada para trocas de ideias e vem expandido como ferramenta de comunicação.

Na saúde não é diferente, cada vez mais os profissionais da saúde têm se aproximado do mundo digital, como um meio de compartilhamento da informação, visando a promoção da saúde e prevenção das doenças. A internet é um espaço em que cada vez mais as pessoas se expressam, compartilham experiências e processos de adoecimento e tratamento, buscando relatos semelhantes ou até mesmo acolhimento, por isso a internet pode ser vista como uma aliada devido essa aproximação de pessoas mesmo que fisicamente longes, mas que compartilham sentimentos diferentes, mas é importante tomar cuidado pois ela também pode ser utilizada de maneira incorreta, por meio da desinformação e compartilhamento de notícias falsas que alimentam a fé e a esperança de outras pessoas.

Mesmo com o amplo alcance da internet e das mídias, ainda podemos notar uma desigualdade de acesso. Ao falar de saúde na mídia, não é diferente, a desigualdade de acesso e de letramento informacional, acarreta a iniquidade em saúde. A razão para isso reside no fato de que, por um lado, os esforços das áreas e agentes envolvidos na comunicação em saúde não

alcançam uma ampla cobertura nem geram um impacto significativo na sociedade, enquanto, por outro lado, as diversas mídias se apropriam do termo "saúde" de maneiras diversas (muitas vezes em clara contradição com os conceitos da OMS e as diretrizes do SUS). Além disso, tanto nas esferas governamentais e institucionais quanto nas grandes mídias, o cidadão comum nunca é tratado como sujeito da comunicação, ou seja, raramente é incluído como um produtor legítimo de conhecimento e negociador de bens simbólicos nesse contexto de mercado (Xavier, 2006).

Vivemos uma era em que temos uma grande diversidade de tecnologias e de suportes de comunicação, onde nos deparamos também com um grande fluxo de produção e de compartilhamento de informações quando o assunto é saúde.

A educação deve ser vista como uma prática modificadora que tem como princípio a troca, e com a tecnologia cada vez mais acessível, as mídias e as plataformas de comunicação, não são vistas mais apenas como mediadoras do cotidiano, e sim parte da vida que participam ativamente das ações cotidianas (França, 2019). Para que a educação em saúde nas mídias seja realizada de maneira positiva agregando no cotidiano da população, precisamos pensar na alfabetização midiática e informacional (AMI).

Alfabetização Midiática Informacional (AMI)

Com o avanço tecnológico e a proliferação das mídias sociais, o acesso à informação se tornou mais fácil e rápido, nos deparamos com informações diferentes de diversas fontes, o que dificulta avaliar a qualidade da informação considerando sua relevância e confiabilidade, que pode impactar nas nossas ações, nos privando da liberdade de expressão e do direito à informação. Sendo assim, notou-se a necessidade do processo de alfabetização midiático informacional (AMI).

O acesso à informação é um direito previsto por lei, mencionada na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1984, no artigo 19, *“todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras”* (Brasil, 1998, p. 4).

Na Constituição Federal de 1988, artigo 5º, *“é dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão”*. (Brasil, 1988).

O direito à informação é reforçado também em 1982 na Declaração de Grünwald, que conscientiza a melhoria das relações entre educação e comunicação nas mídias, que até então era a informação compartilhada na televisão, jornais impressos, revistas, discos e rádio, mas demonstrava-se a necessidade de sistemas políticos e educacionais que contribuíssem com o processo de alfabetização, de crianças e adultos para que eles tivessem autonomia para decifrar o que estava sendo informado fortalecendo a consciência crítica (UNESCO,1982).

A competência informacional é colocada como pauta central na Declaração de Alexandria, de 2005, onde é vista como parte central do processo de aprendizagem no decorrer da vida. E é definida como processo que capacita as pessoas a “buscar, avaliar, usar e criar a informação de forma efetiva para atingir suas metas pessoais, sociais, ocupacionais e educacionais”. É um direito humano básico em um mundo digital e promove a inclusão social em todas as nações” (UNESCO, 2005; p.1).

Atualmente temos diversas fontes de informação e diversas formas de compartilhar essas informações. Podemos buscar informações nas mídias, em bibliotecas, internet, rádios e outros meios que podem ser vistos como ferramentas que auxiliam os cidadãos na tomada de decisões de maneira consciente.

Vimos no tópico anterior o cenário digital e sua evolução em acesso e conexão. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), estão cada vez mais presentes em nosso cotidiano, conseguimos acessar uma informação e compartilhá-la em segundos chegando não só de norte a sul do Brasil, mas rodando o mundo. Com o advento da internet, diversos sujeitos podem ser produtores de conteúdo (pessoas, empresas, políticos, movimentos sociais, organizações e instituições), construindo e reconstruindo “saberes e não saberes das mais diversas áreas” (Leite, 2019; p. 13).

Com a diversidade de sujeitos e instituições produzindo informação, se faz necessário uma leitura crítica dos conteúdos que circulam nas redes midiáticas de comunicação, que são milhares por segundo, por isso a importância da AMI.

Antes de conhecer o conceito de AMI, é importante que tenhamos claro o que é a alfabetização, a UNESCO (2016) define o termo como: “a habilidade de ler e escrever, e compreender uma simples frase sobre o cotidiano de uma pessoa.” (p.25). Porém a própria UNESCO, notou a necessidade de rever o conceito e inserir novos aspectos da alfabetização que evoluíram devido os padrões sociopolíticos, econômicos e tecnológicos. E assim a UNESCO (2016) defende que “não há apenas um conceito de alfabetização que as pessoas possuem ou não, mas sim múltiplas alfabetizações. Dessa forma, a alfabetização se torna situacional, pluralista e dinâmica” (p.25).

Novos termos e conceitos de alfabetização vem surgindo e mudando a cada década, conforme evolução e impacto da inserção das TIC, dando origem aos termos: “ciberalfabetização, alfabetização digital, e-alfabetização, alfabetização informacional, alfabetização midiática, alfabetização em notícias, alfabetização tecnológica” (UNESCO, 2016, p. 27), mesmo com suas diferenças, todas buscam contribuir com a sociedade por meio de seus conhecimentos. Apesar desses diversos conceitos, todos devem ser vistos como complementares e unidos por um conceito composto – a AMI, cada processo é independente e tem sua identidade. Entenderemos melhor o modelo conceitual da AMI, na figura 2 elaborada pela UNESCO.

Figura 2. Modelo conceitual da alfabetização midiática e informacional



Fonte: UNESCO, 2016.

E assim vão surgindo novos conceitos de alfabetização que podem estar conectados e agregados ao conceito de Alfabetização Midiática Informacional (AMI), que é definido pela UNESCO (2016), como:

“conjunto de competências que empodera os cidadãos para acessar, recuperar, compreender, avaliar, usar, criar e compartilhar informações e conteúdos midiáticos de todos os formatos, usando várias ferramentas, com senso crítico e de forma ética e efetiva, para que participem e engajem-se em atividades pessoais, profissionais e sociais.” (UNESCO, 2016; p. 29)

A AMI contribui com as competências necessárias para se viver no século XXI, diante de tantas informações, dados, e mensagens em formatos diferentes (texto, imagem, vídeo ou outros). E pode ser compreendida como um modelo em constante evolução, originado em um contexto dinâmico que engloba aspectos tecnológicos, políticos, econômicos, sociais e culturais. A AMI também está intimamente relacionada à diversidade cultural e linguística, sendo considerada uma competência cultural essencial para fomentar o diálogo intercultural e promover uma cultura de paz, tolerância e não violência (UNESCO, 2016).

A UNESCO (2016), define que o principal objetivo da AMI é:

“empoderar as pessoas para exerçam seus direitos universais e suas liberdades fundamentais, como a liberdade de opinião e de expressão, e, também, para que busquem transmitir e receber informações, aproveitando as oportunidades emergentes da forma mais eficaz, ética e eficiente, para o benefício de todos os indivíduos.” (UNESCO, 2016; p. 31).

Alfabetizar a população de maneira midiática e informacional, é essencial para o desenvolvimento da sociedade. O rápido crescimento das TIC, e o acesso à internet viabiliza o engajamento, a participação e a inclusão da população nos processos de aprendizagem, governança, econômica e cultura. O espaço de fala e compartilhamento disponibilizado nas redes sociais permitem o alcance massivo da informação, que chega a todos os locais, rompendo as fronteiras sejam elas naturais e/ou históricas (UNESCO, 2016).

Com a AMI, a população pode adquirir e fortalecer as seguintes habilidades e atitudes:

- Compreender o papel e as funções das mídias e de outros provedores de informação nas sociedades democráticas;
- Compreender as condições nas quais essas funções possam ser realizadas;
- Reconhecer e articular a necessidade informacional;
- Localizar e acessar informações relevantes;
- Avaliar com senso crítico, em termos de autoridade, credibilidade e finalidade atual, a informação e o conteúdo das mídias e de outros provedores de informação, incluindo aqueles na internet;
- Extrair e organizar a informação e o conteúdo midiático;
- Sintetizar ou trabalhar com as ideias abstraídas do conteúdo;
- Comunicar para um grupo de pessoas ou leitores, com ética e responsabilidade, sua compreensão sobre o conhecimento criado, em uma forma ou meio de comunicação apropriado;
- Aplicar as habilidades em TIC para processar a informação e produzir conteúdo gerado por usuários; e
- Engajar-se nas mídias e em outros provedores de informação, incluindo aqueles na internet, para autoexpressão, liberdade de expressão, diálogo intercultural e participação democrática.” (UNESCO, 2016b; p.9)

É importante pensarmos nessas habilidades e atitudes diante da diversidade comunicacional que temos no Brasil, e a matriz conceitual da AMI (figura 3), elaborada pela UNESCO, enfatiza a importância da diversidade de mídias que temos, como o uso de mídias comunitárias e locais, assim a diversidade de pontos de distribuição da informação, que não inclui somente os meios virtuais, mas também os reais, como por exemplo as bibliotecas e museus. A AMI não está limitada apenas ao uso das TIC, ela inclui também as tradições orais e históricas.

Figura 3. Alfabetização midiática e informacional: uma proposta de matriz conceitual



Fonte: UNESCO, 2016.

A matriz acima representa a proposta de alfabetização midiática informacional e a diversidade de acesso que temos no Brasil. O círculo central denominada “informação, mídia, internet e biblioteca”, são as fontes da informação (que podem ser outros além dos mencionados, como os meios de comunicação de massa: rádio, televisão, jornais, dispositivos moveis entre outros) e os meios na qual a informação é compartilhada. A disponibilidade e o acesso as fontes de informação e aos meios são importantes para a expansão da AMI (UNESCO, 2016b).

Já o segundo círculo, é denominado como “finalidade”, que apresenta os motivos pela qual as pessoas buscam e usam as informações para se expressarem nas mídias e em outras fontes de informação. Esses espaços de fala podem ser caracterizados como: espaço de entretenimento, identificação, vigilância ou até mesmo para esclarecimentos (UNESCO, 2016b).

O terceiro círculo é denominado como “compreensão”, é voltado ao conhecimento básico que devemos ter, “sobre operações, funções, natureza, padrões profissionais e éticos” (UNESCO, 2016b; p.11).

Quando a finalidade é bem estabelecida, há mais chances de a compreensão ser favorecida com a análise crítica e estabelecendo o uso da ética da informação e da mídia. O último círculo, mais distante do centro, porém não menos importante, é denominado “processo e prática”, nele identificamos as etapas e competências que devem ser seguidas para o alcance do engajamento nas mídias e nas outras fontes de informação contribuindo com o desenvolvimento social, econômico, político, cultural e pessoal.

Diante da importância da AMI, é importante pensar políticas e estratégias que fortaleça a criação da sociedade, com base no conhecimento inclusivo, pluralista, democrático e aberto, a elaboração da política auxilia na redução das diferenças de acesso. Segundo a UNESCO 92016 b),

“sem políticas e estratégias da AMI, provavelmente, aumentarão as disparidades entre os que têm e os que não acesso à informação e às mídias, e entre os que exercem ou não a liberdade de expressão. Outras disparidades surgirão entre os que são e os que não são capazes de encontrar, analisar e avaliar de maneira crítica, além de aplicar a informação e o conteúdo midiático na tomada de decisão.” (UNESCO, 2016b; p. 7)

As inovações das mídias e tecnologias de informação, embora ofereçam amplas oportunidades e novas formas de envolvimento dos cidadãos, com ênfase nas liberdades e na redução das disparidades, também levantam questões pertinentes à segurança, integridade e privacidade. Além disso, geram tensões entre a necessidade de capacitar ou proteger os

cidadãos e os interesses culturais locais e globais, que podem comprometer a liberdade de expressão e a promoção da diversidade cultural, multilinguismo e pluralismo. Nesse contexto, políticas e estratégias da AMI se fazem necessárias, pois capacitam as pessoas a resistirem às influências culturais predominantes e a gerarem suas próprias narrativas, por meio de diálogos e engajamentos criativos, com o intuito de preservar a diversidade cultural, o multilinguismo e o pluralismo.

A alfabetização Midiática e Informacional pode contribuir com o processo de prevenção das doenças e promoção da saúde, o compartilhamento da vivência e das experiências podem ser compartilhadas como construção de saberes, visando não só as mídias sociais, mas também as redes de contatos. Por isso, no próximo tópico vamos explorar como podemos utilizar as mídias para a educação e a importância dela para a comunicação promotora de saúde.

A AMI e a educação em saúde pela mídia, contribui com a saúde para além do acesso a informação, mas também para a autonomia do cuidado enquanto pessoa e comunidade, tornando o sujeito mediador da informação e da ação, e não apenas um receptor de informações. Ao compreender a orientação passada, o sujeito consegue identificar e buscar estratégias de cuidado conforme a realidade na qual está inserido, sem algo imposto, mas algo pensado de maneira coletiva, mesmo que a distância.

Cenário Digital e a evolução das gerações, quem são os jovens do século XXI?

“Somos os filhos da revolução, somos burgueses sem religião, somos o futuro geração Coca-Cola”

Legião Urbana

Neste tópico vamos contextualizar de maneira breve o cenário digital, conhecer quem são os jovens do século XXI e onde eles estão inseridos.

O cenário digital aqui apresentado é uma interpretação dos dados de pesquisa do *We Are Social*, disponível no Relatório Global *Stats hot Digital 2023*, publicado em outubro de 2023, com análise trimestral.

Breve cenário digital

Segundo dados do *We Are Social*, chegamos a 8,06 milhões de pessoas, dessa população aproximadamente 5,60 bilhões (equivalente a 69,4%) de pessoas utilizam telefone celular. Com a inclusão do celular e *smartphone* no cotidiano das pessoas, aumentou-se também a utilização da internet, chegando a 5,30 bilhões de pessoas (65,7%), já as redes sociais registraram 4,95 bilhões de usuários ativos (61,4%), comparado a outubro de 2022, são aproximadamente 215 milhões de usuários novos.

Estima-se que no início de 2023, havia 181,1 milhões de usuários de internet no Brasil, e a inserção da internet na sociedade era de aproximadamente 84,3%. Desse quantitativo, 152,4 milhões, que equivale a 70,6%, possuem mídias sociais. E 221 milhões possuíam conexão móvel ativa em seus celulares e smartphones. Com a evolução da tecnologia, o acesso a internet passou a ser cada vez mais frequente com o uso dos smartphones, principalmente entre a geração mais nova, 96,6% das mulheres e 95,7% dos homens de 16 a 24 anos acessam internet pelo smartphone, e pelo computador 57,7% das mulheres e 58,1% dos homens acessam a internet. Em dados gerais do grupo etário de 16 a 24 anos, 62,6% das mulheres acessam a internet pelo smartphone, e 37,4% acessam pelo computador, enquanto 59,7% dos homens acessam pelo smartphone e 40,3% acessam pelo computador. No Brasil, 69% da população acessa a internet pelo computador.

Ao buscar as razões pelas quais os jovens usam a internet, 59,5% dos jovens de 16 a 24 anos, relataram usar a internet para buscar informações, 58,4% para fazer contato com familiares e amigos, 56,9% para assistir vídeos e shows, 52,5% para estudar, 49,6% em busca de novas ideias e aprendizados. Os cinco sites com maior número de visitantes ao acessar a

internet, são: Google.com (142 bilhões de visitantes), Youtube.com (com 94,9 bilhões), Facebook.com (14,4 bilhões), pornhub.com (10,5 bilhões) e xvideos.com (7,88 bilhões).

Um das estratégias de comunicação e compartilhamento que vem ganhando cada vez mais espaço, são os podcasts, em público de 16 a 64 anos, o Brasil lidera o *ranking* de consumo com 39,6% de acesso a podcast pela internet. A maior adesão de conteúdo nesse formato é em jovens de 16 a 24 anos, 23,3% das mulheres e 21% dos homens consomem podcasts.

Em janeiro de 2024, foram registrados 152,4 milhões de usuários de mídias sociais, que equivalem a 70,6% da população do Brasil, podendo uma pessoa ter mais de um perfil ativo, seja para uso pessoal ou profissional. Desse quantitativo, estima-se que 145,7 milhões de usuários das mídias sociais tenham 18 anos ou mais, que passam, aproximadamente, 3h46 minutos por dia conectados às mídias.

Uma das estratégias para compartilhamento da informação nas mídias sociais, que pode ser realizada pelos perfis oficiais de instituições e institutos, como o Ministério da Saúde, são os anúncios. Devido ao alcance e até mesmo o tempo de execução por serem vídeos curtos e rápidos, e de acordo com os relatos dos jovens que a pesquisa encontrou durante a coleta de campo, a informação passada em anúncios, em vídeos de até cinco minutos, são mais atrativos para essa faixa etária.

É importante destacar que cada mídia social tem um perfil de público com maior envolvimento. Para ter uma conta no *Facebook* e no *Instagram*, por exemplo, o usuário deve ter mais de 13 anos; o alcance dos anúncios no Facebook chega a 60% dos usuários; e no *Instagram* chega a 63,6%, porém os dados podem apresentar inconsistência devido a restrição etária; já no *Youtube* os anúncios têm um alcance de 78% de usuários; e para finalizar as mídias mais populares no Brasil, o *TikTok*, apesar de não ter uma restrição de idade, os anúncios vinculados são direcionados conforme faixa etária, apresentam um alcance de 50,4% de usuários.

O público de 15 a 24 anos é o que apresenta maior tempo de uso das mídias, o público feminino fica aproximadamente 3h e o público masculino 2h46. Sendo o *Instagram* a segunda mídia mais utilizada por esse recorte etário, por 44,4% da população. Mas a mídia ainda mais utilizada para trocas e compartilhamentos de informação é o WhatsApp, o aplicativo registra que os usuários abrem a plataforma mais de 911 vezes por mês, o que remete a mais de 30 vezes por dia.

Ao analisar o tempo que as pessoas passam conectadas (*online*), notou-se um aumento de 4 minutos na atividade diária nos últimos 12 meses. O Brasil ocupa o segundo lugar de tempo

online, ficamos conectados em média 9 horas e 25 minutos por dia. Em primeiro com uma diferença de cinco minutos está a África do Sul, com 9 horas e 30 minutos.

As redes sociais também tiveram um crescimento significativo, estima-se que as redes tenham mais de 76 milhões de usuários ativos, porém o quantitativo de usuários das redes sociais não pode ser relacionado com o número total da população, já que um usuário pode ter mais de um perfil nas redes. Os usuários ativos, passam aproximadamente 2 horas e 30 minutos conectados às mídias sociais, e atualmente temos uma grande variedade de plataformas (*We Are Social*, 2023).

O tempo de uso diário da *internet* varia conforme a faixa etária da população, segundo o relatório digital, jovens de 16 a 24 anos passam mais de sete horas e pessoas de 55 a 64 anos passam aproximadamente cinco horas conectados à *internet* (*WE ARE SOCIAL*, 2023).

Em relação à produção e ao compartilhamento de conteúdo na internet, aproximadamente sete em cada dez usuários afirmou ter compartilhado algum tipo de conteúdo nos três meses anteriores à pesquisa, incluindo texto, imagem ou vídeo (69%), mantendo-se estável em comparação com os resultados de 2021 (68%). Por outro lado, a postagem de conteúdos de autoria própria, como textos, imagens ou vídeos, aumentou em 12 pontos percentuais em relação a 2021 (de 31% para 43%). Este aumento foi especialmente significativo entre os indivíduos com renda familiar entre cinco e dez salários-mínimos (de 37% em 2021 para 62% em 2022) e entre aqueles com idade entre 35 e 44 anos (de 32% para 47%)(Cetic, 2023).

Esses resultados estão alinhados com a crescente popularidade dos vídeos curtos, impulsionados por plataformas como *TikTok*, *Instagram (Reels)* e *YouTube (Shorts)*, bem como com a tendência de compartilhamento de breves textos e imagens por meio de atualizações de status em aplicativos de mensagens instantâneas, como o *WhatsApp* (Cetics, 2023).

Com esse breve recorte do cenário digital, é possível notar que a população está cada vez mais conectada ao mundo virtual, essa conexão permite que a população busque por informações de maneira mais rápida, porém, não fomos ensinados a buscar e traduzir as informações de maneira correta, criando uma autonomia no nosso cuidado individual e coletivo. E com o avanço das tecnologias e mudança de gerações, vamos recriando e readaptando o processo de cuidado, por isso é importante conhecermos o perfil e características de cada geração, para que possamos chegar em todas elas de maneira adequada.

Afinal em que geração estamos?

Antes de conhecermos as gerações é importante conceituarmos geração ou gerações. O termo geração pode ser utilizado de inúmeras maneiras e em diversos campos do saber, o mais utilizado e mais aceito, é a geração associada à idade biológica, o período de sucessão de descendentes e linha reta.

Segundo Indalécio, 2017 *apud* Ferreira, 2010, a palavra geração apresenta diversos significados, dentre eles: “2. Cada grau de filiação de pai a filho. 3. Conjunto de pessoas nascidas pela mesma época. 4. O espaço de tempo (aproximadamente 25 anos) que vai de uma geração (3) a outra” (p.2). Cada geração carrega consigo uma cultura, particularidades, modelos e crenças que são únicas (Indalécio, 2017).

Costumava-se estimar que o período entre o surgimento de uma nova geração e outra fosse de cerca de 25 anos. No entanto, atualmente, devido ao avanço dos recursos tecnológicos, principalmente, e aos seus efeitos na vida social das pessoas, esse intervalo de tempo foi reduzido, e já se menciona a formação de uma nova geração a cada década (Bortolazzo, 2012 *apud* Indalécio, 2017). Essa perspectiva sugere uma convivência mais estreita entre indivíduos de diferentes gerações em vários setores da sociedade.

Considerando a redução de tempo de uma geração para outra, temos o encontro de diversas gerações em uma sociedade, atualmente temos o encontro de cinco gerações que convivem entre si, são elas: a geração *baby boomers*, que são as pessoas nascidas no período de 1945 a 1960; a geração X, nascida entre 1961 a 1982; a geração Y, que vai de 1983 a 2000; a geração Z, nascidos entre 2000 e 2009; e agora a geração alfa, que nasceu após 2010 (Fava, 2014 *apud* Indalécio, 2017).

Vamos nos aprofundar os nossos conhecimentos nessa diversidade de gerações e suas características. Antes da geração *baby boomers*, temos a **geração de veteranos**, essa geração é de pessoas nascidas no período de 1922 e 1945, pessoas dessa geração viveram momentos históricos de grande impacto social e pessoal, entre elas períodos de guerra no Brasil e ditadura militar. Pessoas dessa geração tem o perfil de liderança, e vivem de maneira autoritária devido a realidade que viviam, outra característica é o trabalho em equipe, pessoas dessa geração vivem o modelo militar (Novaes, 2018).

Na geração *baby boomers*, temos pessoas nascidas no período de 1946 a 1964, pessoas dessa geração, ingressaram o mercado de trabalho entre 1965 a 1985, o nome da geração (*baby boomers*) é devido a essa inserção no mercado de trabalho muito cedo, essa geração é pós guerra, são filhos de pessoas que viveram a segunda guerra mundial, na época houve um grande

índice populacional. Essa geração também apresenta grandes habilidades em trabalhar em equipe e acreditam no poder da hierarquia (Novaes, 2018). Por ser uma geração pós-guerra, a autora relata que é uma geração que toma para si a responsabilidade de reconstrução (Novaes, 2018).

A **geração X**, são os filhos dos *baby boomers*, são pessoas nascidas entre 1965 e 1978. É uma geração que lida bem com mudanças, se adaptam a diversas funções, trabalham bem no coletivo e de maneira individual. É uma geração que tem como estímulo a televisão, e a necessidade de se batalhar para conquistar seus sonhos e objetivos. Jovens dessa geração buscam a independência financeira e pessoal. Essa geração também é marcada pela mudança familiar, onde o pai e a mãe trabalham fora de casa, as mulheres se sentem culpadas pela ausência no lar, e para suprir essa ausência não colocam limites em seus filhos, por outro lado, todas essas mudanças contribuíram com o processo de amadurecimento da geração (Novaes, 2018).

A **geração Y**, são pessoas que nasceram de 1978 em diante. Essa geração cresceu em contato com as tecnologias de informação, o que contribuiu para o jeito mais individualista, essa geração também é conhecida como geração do milênio ou geração da internet. Pessoas dessa geração, nasceram no período das evoluções tecnológicas e da globalização. A geração Y, apresenta uma combinação de características de outras gerações, sendo: a ética do trabalho em equipe da geração boomers, a atitude dos veteranos; e a segurança tecnológica da geração X. Essa geração também foi marcada por grandes mudanças familiares, as mulheres passaram a ganhar mais espaço no mercado de trabalho e as crianças dessa geração passou a ser educada por creches, babás e televisão (Novaes, 2018).

A **geração Z**, não tem uma data específica, porém segundo Novaes (2018), as pessoas dessa geração estão entre 1990 e 2010. A geração Z, tem como característica principal o hábito de “zapear” (por isso geração Z) mudar o canal da televisão de maneira rápida e constante. Nascidos nessa geração, encontraram um mundo conectado à internet, por meio de e-mail, celular e de outras mídias que surgiam contribuído com a era da informação. Segundo as características dessa geração, os nascidos a partir de 1995, possuem alta habilidade de aprendizado, porém tem dificuldade de concentração. Um grande desafio para essa geração, é viver sem internet, computadores e celulares. Essa geração tem rápido acesso a informações por meios digital, é uma geração que convive com a tecnologia e com a ciência, podem ser conhecidos como: nativos da internet, geração digital, geração net, geração *on-line*, geração conectada e geração pontocom. *Millennials* ou *new millennials*, *generation* e *cgeneration* (Novaes, 2018).

A última geração (até o presente momento) é a **geração alfa**, são pessoas nascidas de 2010 em diante, podem ser filhos da geração Y e Z. As crianças de hoje nascem em um mundo caracterizado pelas tecnologias e mídias digitais e por isso, podem apresentar um perfil cognitivo de aprendizagem alterado. As crianças dessa geração, são capazes de realizar diversas tarefas ao mesmo tempo, diferente das outras gerações. Essas características são trabalhadas no ambiente escolar, respaldado pela Base Nacional Comum Curricular (BNCC,2015):

“os jovens têm se engajado cada vez mais como protagonistas da cultura digital, envolvendo-se diretamente em novas formas de interação multimidiática e multimodal e de atuação social em rede, que se realizam de modo cada vez mais ágil. Por sua vez, essa cultura também apresenta forte apelo emocional e induz ao imediatismo de respostas e à efemeridade das informações, privilegiando análises superficiais e o uso de imagens e formas de expressão mais sintéticas, diferentes dos modos de dizer e argumentar característicos da vida escolar” (BNCC, 2015; p 63).

Essa análise das gerações permite enfatizar a importância da AMI e da educação em saúde pelas mídias, por ser o espaço onde os jovens estão inseridos, cada vez mais notamos a ausência dos jovens nas unidades de saúde, o uso das mídias por profissionais da saúde, permite a aproximação desses dois grupos.

Outro ponto importante é que alguns assuntos ainda são vistos como tabu, porém, precisamos romper essas barreiras e buscar estratégias de comunicação e educação em saúde que dialoguem com essa diversidade de gerações e os seus diferentes meios de comunicação, buscando auxiliar no cuidado a saúde e prevenção de doenças.

Visando a temática central da presente pesquisa, vamos conhecer o cenário epidemiológico de HIV/Aids no Brasil e na região Centro-Oeste.

O cenário epidemiológico de HIV/Aids da Região Centro-Oeste

“Perde logo a noção do perigo, todos os sentidos, você passa mal, vida louca vida, vida breve. Já que eu tudo posso te levar, quero que você me leve, vida louca, vida imensa. Ninguém vai nos perdoar.”

Lobão³

Aqui vamos conhecer o que é o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids), e os marcos do cenário epidemiológico da doença na região Centro Oeste.

O vírus HIV é uma doença considerada complexa, de curso lento e incerto que predispõe o indivíduo a desenvolver a Aids (Reis, 2010), o vírus ataca o sistema imunológico, atingindo os linfócitos T-CD4+ alterando o DNA da célula e criando cópias de si mesmo, após a multiplicação das células o vírus rompe os linfócitos em busca de outras células para continuar a infecção. O HIV liga-se a um componente da membrana da célula CD4, que penetra no interior e se multiplica, ao multiplicar o sistema de defesa vai perdendo a capacidade de responder o que deixa o corpo mais vulnerável a doenças, com o organismo mais fraco a pessoa fica doente com mais frequência, e assim se define que ela tem Aids. (Brasil, 2023).

Segundo o site do Ministério da Saúde (Brasil, 2023), a transmissão do vírus pode ocorrer das seguintes formas: sexo vaginal sem camisinha; sexo anal sem camisinha; sexo oral sem camisinha; uso de seringa por mais de uma pessoa; transfusão de sangue contaminado; da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, no parto e na amamentação; instrumentos que furam ou cortam não esterilizados.

A busca pelo tratamento da doença surgiu em meados de 1996, onde iniciou-se a opção de terapia antirretroviral altamente ativa (TARV), que foi introduzida como parte da política brasileira de acesso universal e gratuito do SUS.

Os anos 80, foi marcado pela disseminação da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (sida - aids), a doença tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública do mundo (De Belo, 2004).

Os dados apresentados neste trabalho, tem como fonte o Boletim Epidemiológico sobre HIV/Aids do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS), com dados até junho de 2023.

³ O trecho citado é da música “Vida louca vida”, foi composta por Lobão, mas ganhou vida na voz de Cazuza. Segundo Mattos (2014), a música mostra que a doença incita viver a vida de maneira intensa, constate e exagerada principalmente nas vivências, acreditava-se que era necessário viver tudo que fosse possível antes de morrer de Aids. Cazuza morreu aos 32 anos em 1990, de choque séptico causado pela Aids.

Sendo assim, em 1980 tivemos o primeiro caso de Aids identificado no Brasil, após diagnóstico, o caso foi registrado na região sudeste em São Paulo em uma pessoa do sexo masculino, já no Centro Oeste o primeiro caso foi registrado em 1983, no Distrito Federal.

Inicialmente os casos de HIV/Aids tinham como característica de exposição, homens que faziam sexo com outros homens, homossexuais, bissexuais do sexo masculino, hemofílicos e demais pessoas que receberam sangue (Szwarcwald, 2000). Nesse mesmo período adotou-se o nome da doença de “*doença dos 5 H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínômanos (usuários de heroína injetável), Hookers (profissionais do sexo em inglês)*”, esses eram considerados os fatores de transmissão da doença (De Sousa, 2012).

Em 1984 o Brasil registrou 134 casos, sendo 124 casos em homens, 65 dos casos foram registrados em pessoas com faixa etária de 20 a 34 anos. Dos 134 casos, a região Centro Oeste registrou cinco, sendo: dois no Mato Grosso do Sul e no Mato Grosso, e um no Goiás.

O Brasil diagnosticou 42 pessoas, sendo 41 do sexo masculino, a região Sudeste com um alto índice, apresentando 32 casos, sendo 24 em São Paulo, sete no Rio de Janeiro e um em Minas Gerais, no mesmo período a região Norte não apresentou nenhum caso.

No período de 1984 para 1985 tivemos um aumento significativo, 1984 com 134 casos, 124 em pessoas do sexo masculino e 10 em pessoas do sexo feminino e 1985 apresentou 535 casos (511 em pessoas do sexo masculino), a região Sudeste manteve o alto índice quando comparado com as outras regiões, apresentando em 1984 - 117 casos e em 1985 - 467 casos, o maior número de casos em São Paulo.

Em 1986, registrou-se 1.123 casos de aids (1.052 em pessoas do sexo masculino), desses 934 foram na região Sudeste, São Paulo liderando as estatísticas com 595 casos, Espírito Santo com um baixo quantitativo de oito casos. Em 1987, foram registrados 2.710 casos (2.432 em pessoas do sexo masculino), 2.255 na região Sudeste, a região Norte apresentou o menor índice com apenas 21 casos. Já em 1988, foram registrados 4.353 casos (3.757 em pessoas do sexo masculino e 596 em pessoas do sexo feminino), mais da metade na região Sudeste, com 3.617 casos.

O número de casos seguiu e segue aumentando até os anos atuais, em 1989, foram registrados 6.015 casos (5.148 em pessoas do sexo masculino e 867 em pessoas do sexo feminino), 4.861 casos na região Sudeste, 456 na região sul, 447 na região Nordeste, 189 na região Centro Oeste e 62 na região Norte.

Segundo o Boletim Epidemiológico sobre HIV/Aids do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS), no período de

2007 a junho de 2023, foram notificados no Sinan 489.594 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 38.761 (7,9%) na região Centro- Oeste. E em 2022, foram notificados 43.403 casos de infecção pelo HIV, o Centro-Oeste teve 3.825 (8,8%). Ao analisar a faixa etária, o público com maior prevalência no âmbito nacional são jovens de 15 a 24 anos, com 114.593 (23,4%) casos, sendo 25% casos em pessoas do sexo masculino e 19,6% do sexo feminino, o que enfatiza a importância de políticas públicas e ações direcionadas (Brasil, 2023). Quanto à escolaridade, a maior parte dos casos possuía, em 2023, ensino médio completo, totalizando 5.603 (37,1%) casos e ensino superior completo ou incompleto, totalizando 3.326 (22,1%) casos. A proporção de casos com ensino superior completo ou incompleto em 2023 foi maior entre os homens do que entre as mulheres, representando 2.981 (20%) e 345 (6,5%) casos, respectivamente. Entretanto, ainda se verifica um elevado percentual de casos com escolaridade ignorada no ano de 2023 (25,3% - 5.090), comprometendo uma avaliação mais precisa dessa variável. O mesmo observa-se em 2022, em que 26,0% dos casos possuíam escolaridade ignorada (Brasil, 2023).

Ao examinar a variável raça/cor autodeclarada, até o ano de 2013, a maioria dos casos estavam associados a cor de pele branca. A partir de 2015 os pretos e pardos passaram a representar mais da metade das ocorrências. Em 2022, entre os casos notificados no Sinan, 29,9% (12.990) ocorreram entre brancos e 62,8% (27.253) entre negros, sendo 13,0% (5.655) de pretos e 21.598 (49,8%) de pardos. Na sequência, em 2023, os dados disponibilizados até junho pelo Sinan retratam que, entre os casos notificados, 30,3% (6.117) ocorreram entre brancos e 63,3% (12.796) entre negros, sendo 13,1% (2.646) de pretos e 50,2% (10.150) de pardos. Correlacionando as informações sobre raça/cor aos dados de sexo, observa-se que, em 2022, entre os homens, 30,4% (9.712) dos casos ocorreram em brancos e 62,4% (19.931) em negros, sendo 12,8% (4.082) de pretos e 49,6% (15.849) de pardos. Entre as mulheres, 28,7% (3.278) dos casos se verificaram em brancas e 64,1% (7.322) em negras, sendo 13,8% (1.573) em negras e 50,3% (5.749) em pardas.

E ao se falar de Aids, o Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, registra que no período de 1980 a junho de 2023, foram registrados 1.124.063 casos de Aids no Brasil, uma média de 35,9 mil novos casos por ano, nos últimos cinco anos, e registrado no Sinan no período de 2000 a junho de 2023, totalizou 914.547 casos. Nesse mesmo período o Centro-Oeste registrou 6,4% de casos, e nos últimos cinco anos, de 2018 a 2022, registrou 2,9 mil casos.

No Brasil, de 1980 até junho de 2023, foram registrados 743.596 (66,2%) casos de aids em homens e 380.346 (33,8%) em mulheres. Neste mesmo período, a maior concentração de casos por faixa etária foi em homens (50,1%) de 25 a 39 anos. Porém, em 2022 notou-se um

aumento da taxa de detecção em jovens de 20 a 24 anos com 10,1 casos/100mil habitantes e de 18,3 casos/100mil habitantes em jovens de 25 a 29 anos.

Entre as mulheres, verificam-se reduções nas taxas de detecção em todas as faixas etárias (Brasil, 2023). Quanto à categoria de exposição, entre indivíduos com 13 anos ou mais de idade, a principal via de transmissão em 2022 foi a sexual, tanto em homens (10.043 - 77,1%), quanto em mulheres (3.823 - 83,4%). Com relação a distribuição dos indivíduos com Aids, segundo raça/cor, observa-se um declínio percentual de brancos em relação aos pretos e pardos. Em 2022, negros representavam 60,1% (10.647), sendo 11,7% (2.081) de pretos e 48,4% (8.566) de pardos. Os de cor branca representaram 33,8% (5.995) dos casos. No mesmo período entre os homens, o percentual de negros (pretos e pardos) correspondeu a 59,8% (7.813), sendo 11,5% (1.500) de pretos e 48,3% (6.313) de pardos. Os de cor branca representaram 34,1% (4.461). Entre as mulheres, o percentual de negras correspondeu a 61,1% (2.833), sendo 12,5% (580) de pretas e 48,6% (2.253) de pardas. As mulheres de cor de pele branca representaram 33,1% (1.534) dos casos. Em relação à escolaridade, em 2022, nota-se que os homens possuíam grau de instrução mais elevado em comparação com as mulheres. Neste período, 26,2% (3.423) dos homens possuíam ensino médio completo e 16,7% (2.189) ensino superior incompleto ou completo. Já entre as mulheres, 21,6% (1.003) possuíam ensino médio completo e apenas 6,1% (285) possuíam ensino superior incompleto ou completo.

Cenário epidemiológico de HIV/Aids e os jovens do Centro-Oeste

A seguir apresentaremos o cenário epidemiológico de HIV/Aids da região Centro-Oeste com o recorte em jovens de 13 a 24 anos. Para isso, utilizaremos o TabNet, ferramenta de tabulação desenvolvida pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que permite tabulações on-line a partir das bases de dados do SUS. Este repositório é alimentado pelos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde. Optamos por recorrer ao TabNet/DATASUS em detrimento do Boletim Epidemiológico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, pois o Boletim não apresenta o recorte de casos de HIV/Aids por faixa etária e região, apenas dados nacionais. Nesse sentido, os casos de Aids notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (Siscel) revelam que na região Centro-Oeste, de 1980 a 2023, foram registrados 6.804

casos de Aids em jovens de 13 a 24 anos. O estado de Goiás apresentou o maior número de casos de Aids neste mesmo período, representando 32,8% (2.230). Em seguida, surge o Distrito Federal com 25,2% (1.713) dos casos, Mato Grosso com 23,1% (1.575) e Mato Grosso do Sul com 18,9% (1.286).

Em relação aos casos de Aids em jovens de 13 a 24 anos na região Centro-Oeste, de 1980 a 2023, segundo sexo, os dados apontam que a maior parte dos casos se concentram no sexo masculino 67,0% (4.552), do que no sexo feminino 33,0% (2.252). Neste mesmo período, no que se refere a raça/cor, ainda se observa um percentual elevado de casos em que a cor não foi autodeclarada, 29,8% (2.029). Dos casos em que houve autodeclaração, os pretos e pardos representam quase a metade das ocorrências, 44,1% (2.999), sendo 6,0% (408) de pretos e 38,1% (2.591) de pardos. Os brancos representaram 24,5% (1.670) dos casos. Entre os meninos, 26,3% (1.198) dos casos se verificaram em brancos, enquanto 44,2% (2.011) se verificaram em negros, sendo 5,8% (264) em pretos e 38,4% (1.747) em pardos. Entre as meninas, 21,0% dos casos se verificaram em brancas, enquanto 43,9% em negras, sendo 6,4% (144) em pretas e 37,5% (844) em pardas.

Quanto à escolaridade, os dados revelam que, na região Centro-Oeste, de 1980 a 2023, os casos de Aids são frequentes entre jovens de 13 a 24 anos que não concluíram os anos finais do Ensino Fundamental II, representando 27,8% (1.448) dos casos. Entre os meninos, esse percentual correspondeu a 22,6% (795), e entre as meninas o percentual correspondeu a 37,9% (653).

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo integra a pesquisa nacional intitulada “Comunicação Promotora de Saúde – Estratégias de Enfrentamento de Epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em População Jovem”, que tem como objetivo analisar a qualidade e adequação das estratégias educativas e comunicacionais voltadas a prevenção das IST, HIV/Aids e hepatites virais dirigidas à população jovem brasileira nos últimos 10 anos (2010 - 2019) nas cinco regiões do Brasil.

Portanto, a linha metodológica está associada ao que norteia o projeto multicêntrico e quali-quantitativo que se propõe investigar no cenário atual das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, HIV/aids e das hepatites virais, elementos que promovam a prevenção destes agravos em saúde em jovens do Brasil. O aumento significativo destas infecções alerta pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e tomadores de decisões em saúde que se trata de um problema de saúde pública contemporâneo.

A pesquisa tem como propósito coletar dados diferentes, mas que sejam complementares sobre o mesmo assunto. Por ser uma pesquisa de âmbito nacional, busca-se comparar os conjuntos de resultados, explorando as similaridades, diferenças e as singularidades das coletas e análises (Creswell e Plano Clark, 2011, Creswell, 2015).

A pesquisa com abordagem qualitativa vem ganhando cada vez mais espaço no campo da saúde coletiva, e que para Mendonça *et. al* (2021, p.22) significa fundamentalmente que:

“primeiro, pesquisar as representações, crenças, valores, explicações e opiniões que se expressam nas interações sociais; segundo priorizar a linguagem e a prática como mediações simbólicas; terceiro, orientar a investigação a partir do ponto de vista dos atores sociais, levando a sério as suas informações; quarto, buscar uma compreensão da pesquisa de forma flexível e interativa, proporcionando a compreensão da teia de relações sociais e culturais que se estabelecem no interior das organizações, dos grupos de pesquisa, das diversificações técnicas que regem o trabalho qualitativo, proporcionando relevantes dados” (Mendonça, *et. al.* 2022, p. 22)

A abordagem qualitativa permite a aproximação com o sujeito de maneira mais real, permitindo que o pesquisador chegue o mais perto dos problemas, necessidades e dúvidas que os participantes podem ter no que tange a saúde (Minayo, 2010). No caso da presente pesquisa, a abordagem qualitativa destina-se à compreensão dos materiais comunicacionais produzidos para a prevenção e educação em saúde sobre a temática de HIV/aids é adequada e/ou voltada aos jovens.

Como estratégia da coleta de dados da abordagem qualitativa foram realizadas oficinas para análise de conteúdo com os jovens e adultos. Será realizada, no mínimo cinco e no máximo dez oficinas, considerando a saturação dos dados. Contando que as oficinas tenham no mínimo

três e no máximo 20 participantes. A ouvidoria propiciada pelas oficinas possibilitará a compreensão dos discursos, compartilhamento de narrativas e saberes, que compartilhem com o processo dialógico e educacional.

Ao final, por meio da convergência das respostas encontradas, responder-se-á quais as barreiras encontradas pela população de jovens e adultos brasileiros no uso dos conhecimentos adquiridos por meio dos processos e materiais educacionais e comunicacionais acerca da prevenção das IST's, HIV/aids e hepatites virais, sistematizando os achados e propondo novas abordagens metodológicas para a comunicação e educação dos jovens e adultos para a prevenção de IST's, HIV/aids e hepatites virais.

Para interpretação geral da pesquisa, os achados serão comparados a partir dos componentes qualitativos e quantitativos. Primeiro, serão identificadas as relações de convergência e divergência e possíveis singularidades dos resultados entre os municípios. Assim sendo, para a interpretação final dos achados do estudo, serão mesclados os dados quantitativos e qualitativos para que possamos compreender o fenômeno.

Seleção do Universo de Estudo: critérios de inclusão e exclusão dos municípios pesquisados

Para a presente pesquisa, optou-se pelo recorte regional, priorizado a região Centro-Oeste, região a qual a pesquisadora contribuiu durante o projeto. Para a coleta de campo, priorizou-se instituições e pesquisadores colaboradores, em Catalão – GO, a pesquisa foi liderada e conduzida por um mestrando de Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (PPGSC/FS/UnB). No Distrito Federal a coleta foi realizada pela autora, priorizando lugares com apoiadores para mobilização de pequenos grupos. A pesquisadora acompanhou a realização de duas oficinas em Catalão – GO.

Estratégias de Abordagem

Antes de chegar nos jovens da região Centro-Oeste, identificou-se pessoas chave, que pudessem auxiliar no processo de mobilização de pequenos grupos, e suporte de estrutura física, mesmo que mínima, como uma praça. Paralelo a identificação dessas lideranças, buscou-se apoio com instituições de ensino, que atendessem o público etário da pesquisa, e permitisse a abordagem sobre o assunto.

Dentro do Distrito Federal, não houve nenhuma restrição de acesso, permitindo que a coleta fosse realizada em qualquer Região Administrativa e com qualquer grupo conforme

disponibilidade e recorte etário (15 a 24 anos). Sendo assim, iniciou-se o mapeamento dos locais onde as oficinas poderiam ser realizadas, que tivessem no mínimo três e no máximo 20 participantes com disponibilidade de 1h30 a 2 horas para realização da oficina. Pensando nesses critérios, os pesquisadores das regiões buscaram contato com escolas e faculdades. Em Catalão – GO, utilizou-se como estratégia de mobilização o espaço universitário com realização de atividades de extensão, que certificava a participação dos sujeitos.

No Distrito Federal - DF utilizou-se como estratégia de mobilização, o auxílio de pontos focais, como diretores de escolas, pesquisadores e estudantes que trabalham com jovens, e jovens que aceitaram montar grupos com amigos e familiares em suas residências ou próximo de seus territórios, e projetos parceiros como o Escola Cidadã, que desenvolveu oficina na Faculdade de Ciências da Saúde, durante a semana Universitária e possibilitou a realização de cinco oficinas.

Em Brasília adotou-se uma divulgação para após as oficinas (figura 4), já que as mesmas foram articuladas com o auxílio de professores e/ou diretores de escola, sujeito mobilizador ou ação de mobilização coletiva. Na divulgação foi apresentado trechos da oficina, dados epidemiológicos da região, pontos de testagem e relatos dos jovens sobre sua participação. Essa comunicação foi realizada no perfil de Instagram do LabECoS (https://www.instagram.com/ecos_fsunb) e nos grupos de *WhatsApp* dos pesquisadores.

Figura 4. Post com alguns registros da oficina realizada na Semana Universitária da UnB em Brasília/DF



Fonte: Instagram Laboratório ECoS, 2023.

Mesmo com o término da coleta de campo o Laboratório segue produzindo material de comunicação sobre o tema.

Após as estratégias de abordagem vamos conhecer as técnicas e instrumentos utilizados na coleta de campo, assunto abordado no próximo tópico.

Técnicas e Instrumentos para Coleta em Campo

Para a realização desta pesquisa, optou-se em trabalhar com a abordagem quantitativa. Os dados quantitativos, foram coletados durante a realização da oficina, para aplicação do instrumento EducaIndex.

O **primeiro instrumento** quantitativo de coleta é o **perfil sociodemográfico** (ANEXO A) que tem como objetivo conhecer os jovens. O perfil deve ser respondido de maneira individual, exceto no caso de pessoas com necessidades especiais ou limitações de leitura, ele não possui nenhum dado sensível que possa caracterizar o participante, o documento é estruturado em 35 questões, divididas em seis blocos:

1º Bloco - Busca conhecer os participantes com as seguintes perguntas: município de origem, identidade de gênero, orientação sexual, idade, raça/cor conforme autodefinição, vida afetiva, grau de escolaridade, religião, se são independentes financeiramente, se moram com os pais, e profissão;

2º Bloco - Conhecer a relação dos participantes com a saúde: se utiliza plano de saúde suplementar (plano de saúde ou serviço privado) e se frequenta alguma unidade de saúde da família;

3º Bloco - Saber como os participantes lidam com a vida sexual e o que sabem sobre IST, HIV/Aids e hepatites, então perguntamos: se possuem vida sexual ativa, se utilizam preservativo/camisinha nas relações sexuais, se são adeptos ou não ao uso de camisinha nas relações (prática conhecida como *bareback*), motivo ou dificuldade para não utilização do preservativo, se teve alguma IST nos últimos 12 meses, se sim qual (listou-se as infecções e eles podiam marcar uma ou mais de uma), se já teve alguma IST e onde buscou tratamento, onde realizou a testagem para diagnóstico das IST, para qual IST realizou testagem, se eles consideram que se previnem de maneira correta;

4º Bloco - Se eles conhecem e/ou já utilizaram medicamentos que podem evitar a infecção do vírus HIV, no caso a PEP (Profilaxia Pós- Exposição) e PrEP (Profilaxia Pré-Exposição);

5º Bloco - Acesso à informação sobre o tema da pesquisa: a frequência que busca informações sobre o tema, onde acessa essas informações, se as informações são acessíveis aos jovens de 15 a 24 anos, se encontra informações com facilidade, se conhece alguma página do Ministério da Saúde e qual, e onde busca informações sobre saúde;

6º Bloco - Liberdade para abordar e conversar sobre assuntos relacionados à sexualidade, IST, HIV/Aids e hepatites virais com os pais/responsáveis e amigos, nos espaços que frequentam como escola/universidade, centros de convivência, festas, reuniões de amigos e demais eventos sociais.

O **segundo instrumento** de coleta quantitativo é o **EducaIndex** (ANEXO B), instrumento desenvolvido no âmbito do projeto “Comunicação Promotora em Saúde – Estratégia de Enfrentamento de Epidemias de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais em população jovem”, que tem como objetivo avaliar campanhas de comunicação, em seus diversos formatos (cartaz, folder, cartilha, vídeo, *spot/jingle*/áudio e outros tipos de produções audiovisuais). Apesar do instrumento ter sido aplicado na temática de HIV/Aids, IST e Hepatites Virais, ele pode ser aplicado em todos os temas da saúde.

O EducaIndex é um instrumento dividido em três eixos, sete variáveis e 18 critérios de avaliação, esses critérios são avaliados como sim e não, sim valendo um ponto e não com o valor de zero, essa soma vai quantificar a graduação e parâmetros de cada variável que vai definir se aquele eixo tem uma avaliação alta, média ou baixa. Após a quantificação dos parâmetros de cada eixo, a pontuação total deve ser somada. A pontuação total ao final é a avaliação de cada peça conforme as respostas dos participantes, que podem classificar a qualidade do material analisado com: **qualidade baixa** quando a avaliação final totalizar de zero a cinco pontos; **qualidade regular** quando a soma for de seis a nove pontos; **qualidade boa** quando a soma for de dez a 14 pontos; e **qualidade ótima** quando a soma for de 15 a 18 pontos.

Conforme apresentado anteriormente o EducaIndex é separado por eixos, que possuem variáveis e critérios que devem ser respondidos com sim (1 ponto) ou não (0 pontos). Vamos conhecer esses elementos:

O **primeiro eixo** é voltado para a **elementos conceituais**, que totalizam seis pontos. O eixo é composto por duas variáveis e seis critérios, o primeiro eixo avalia a **importância** do material, com os seguintes critérios de avaliação: se o material é adequado para ser utilizado em atividade de ensino; se o material educativo apresenta informações ou dados que permitem justificar a relevância da temática; e se a linguagem utilizada permite a rápida compreensão dos conteúdos abordados no material. A segunda variável avalia o **conteúdo** das peças: se o

conteúdo é de fácil entendimento; se o conteúdo do material é fundamentado nos conhecimentos produzidos sobre o tema; e se o conteúdo possui um volume de informações adequado para o público estratégico.

O **segundo eixo** é voltado para os **elementos pedagógicos**, que totalizam sete pontos, esse eixo é composto por três variáveis e sete critérios, a primeira variável é voltada para a **usabilidade/facilidade de uso** das peças, e tem como critérios de avaliação as seguintes questões: se o material permite a aprendizagem em diferentes contextos e situações; e se o material pode ser utilizado em diferentes espaços de práticas educativas. A segunda variável é a **aplicabilidade/aplicação** do material, questionando se: a abordagem da temática favorece a mudança de atitudes e comportamentos por parte do público a que se destina; e se o material estimula que o público busque mais informações, orientações ou conteúdos relacionados ao tema abordado.

O **terceiro eixo** é voltado para **elementos comunicacionais**, que totaliza cinco pontos, esse eixo é composto por duas variáveis e cinco critérios, a primeira variável é voltada para a **disponibilidade de acesso** das peças, avaliando se: o material é acessado facilmente em diferentes mídias e canais de comunicação (sites, links, impressos); se o material está acessível para pessoas com deficiências (auditiva, visual ou intelectual); a segunda variável é voltada para **linguagem** utilizada nas peças, e busca avaliar: se a linguagem possibilita a interação com o público, favorecendo a aprendizagem do tema abordado; se o material educativo contém informações ou afirmações que favorecem a aceitação, a inclusão social e o respeito à diversidade; e se as imagens, ilustrações, personagens, desenhos e expressões verbais e/ou textuais utilizadas estão adequadas ao público para o qual os materiais estão direcionados.

A avaliação do EducaIndex pode ser realizada de maneira individual ou coletiva, gerando um debate entre os participantes, na forma que cada um interpreta e se relaciona com o material avaliado.

Aplicação dos instrumentos em campo

Para auxiliar na compreensão do processo de desenvolvimento das oficinas, estas serão apresentadas por etapas de execução, conforme realizado em campo. A oficina foi dividida em **sete etapas**, sendo que três são voltadas para questões mais burocráticas, como leitura e preenchimentos dos termos, perfil sociodemográfico e avaliação. Como parte prática temos mais quatro momentos, divididos em: atividade de aproximação com o grupo, avaliação de campanhas do Ministério da Saúde com o instrumento EducaIndex, elaboração da proposta de

campanha ideal e roda de diálogo com exposição dos preservativos internos e externos (Obs.: durante a roda de diálogo e exposição de preservativos informamos que o objetivo da pesquisa não é incentivar a relação sexual, e sim a promoção da saúde, prevenção de doenças com o uso correto dos métodos contraceptivos, a importância de frequentar as unidades de saúde e realizar os testes rápidos).

Etapa 1 (leitura e preenchimento de termos). Ao iniciar a oficina o(a) moderador(a) da oficina se apresenta, fala do projeto matriz e fala do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D) para os maiores de 18 anos, e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (ANEXO E) e para os menores de 18 anos, os termos devem ser preenchidos dando ciência da participação deles na oficina, os participantes menores de 18 anos recebem duas vias do TALE e duas vias do TCLE, os maiores de 18 anos recebem duas vias do TCLE, deve-se informar aos participantes que uma via eles precisam assinar e devolver ao grupo de pesquisa e a outra fica com eles para possam ter acesso às informações da pesquisa posteriormente.

Após assinaturas dos termos, o moderador da oficina recolhe a via dos termos assinados.

Etapa 2 (conhecendo os participantes da pesquisa), cada participante recebe uma via do perfil sociodemográfico (ANEXO A) que tem como objetivo conhecer os jovens, o perfil é respondido de maneira individual e não possui nenhum dado sensível que possa caracterizar o participante. Durante o preenchimento do perfil, os pesquisadores devem transitar no espaço, para esclarecer possíveis dúvidas no preenchimento e lembrar que aquele é um momento individual e pessoal de cada um, evitando conversas paralelas e até mesmo possíveis constrangimentos entre si.

Após o preenchimento do perfil, o grupo foi dividido em grupos menores para a atividade de aproximação. **A etapa 3 (aproximação com grupo - primeira atividade prática),** é o primeiro contato dos participantes com a temática da pesquisa matriz (HIV/Aids, IST e hepatites virais). Então, iniciaremos com uma dinâmica de aproximação, e tem como objetivo quebrar o gelo entre pesquisadores - participantes.

Após a aproximação, vamos para a **etapa 4 (avaliação das campanhas).** Cada grupo recebeu um material para análise, sendo um cartaz de campanha sobre HIV/Aids (Figura 5), um vídeo sobre hepatites virais produzido em 2017 disponível no YouTube (link: <https://www.youtube.com/watch?v=ZjQENcSnQmg>) e um áudio sobre as IST produzido em parceria com a Fiocruz no Carnaval de 2013, disponível no formato *online* (link: <https://portal.fiocruz.br/audiovisual/campanha-dst/aids-carnaval-2013-jingle-samba>). As três

peças de análise foram produzidas e distribuídas pelo Ministério da Saúde. Para a seleção das campanhas, um grupo de especialistas da pesquisa matriz, elaborou um instrumento quantitativo (ROTHBERG, 2022) de avaliação das peças de comunicação voltadas à promoção da saúde sexual dos jovens no período de 2010 a 2019 diversas fontes de produção, entre elas: Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Organizações Não Governamentais e Governamentais.

Para a aplicação do EducaIndex, a pesquisa matriz selecionou três peças dentre 475 achados, produzidas pelo Ministério da Saúde como comunicação oficial e considerada universal com a melhor avaliação, considerando três formatos diferentes.

Figura 5. Campanha produzida pelo Ministério da Saúde em 2016 sobre HIV/Aids, utilizada como instrumento de avaliação do EducaIndex



Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Após a avaliação das peças de comunicação com o uso do EducaIndex, vamos a **etapa 5 (elaboração de campanhas)**, esta etapa tem abordagem qualitativa. Nela, os participantes devem ser provocados a sugerir uma peça ou estratégia de comunicação que considerem atrativa para pessoas da sua faixa etária, levando em consideração o meio em que estão inseridos, onde será veiculada, o que e como será abordado, linguagem utilizada, personagens ou representações, entre outros. A peça não precisa ser no mesmo formato da peça avaliada.

Para a realização da **etapa 6 (roda de conversa)**, o moderador deve pedir para que os grupos voltem à grande roda. Nesse momento cada grupo deve apresentar a sua proposta de campanha, em seguida o moderador deve fazer as seguintes perguntas norteadoras do debate:

- 1) Por quais meios de comunicação vocês preferem receber informações sobre a prevenção de

ISTs, HIV/Aids e hepatites virais? 2) Quais vocês acham que são os meios de comunicação mais usados para passar essas informações? 3) Vocês acham que os meios que vocês preferem receber essas informações são os mesmo em que elas são geralmente passadas? 4) Vocês acham que o meio que a informação é passada e a linguagem que é utilizada garantem o acesso dos jovens a esses materiais?

A etapa 6 deve ser realizada conforme disponibilidade de tempo dos participantes, nesta etapa é apresentado o preservativo interno e externo, a importância do uso nas relações sexuais, a importância da realização do teste rápido e do hábito de frequentar as unidades de saúde como ação de promoção da saúde e prevenção de doenças, esta etapa é direcionada também abordar as dúvidas dos participantes sobre o tema.

A **etapa 7 e última (avaliação da oficina)**, é voltada para a avaliação da oficina (ANEXO C), as metodologias, abordagens e linguagens utilizadas pelos pesquisadores.

Para a elaboração dos resultados dessa tese, utilizou-se apenas o perfil sociodemográfico e o instrumento EducaIndex.

Técnicas de Análise

Para a análise e para auxiliar no tratamento dos achados, todos os instrumentos foram adaptados para o formato eletrônico, elaborados na ferramenta online do *Google Formulário*. Foram geradas cinco bases para análise que permitem analisar os dados por região.

Para os instrumentos quantitativos optou-se pela tabulação dos dados coletados em campo nas oficinas, com jovens de 15 a 24 anos, elaboração de gráficos e tabelas pelo *Excel*, para análise individual e comparativa dos dados, de maneira descritiva.

Técnicas de coleta e análise de cada objetivo específico

Cada objetivo específico do presente trabalho será respondido no decorrer dos resultados e discussão, porém cada um possui uma técnica de coleta e uma técnica de análise. No quadro 2, podemos analisar cada uma de maneira resumida.

Quadro 2. Resumo das técnicas de coleta e análise de cada objetivo específico da tese

Objetivos Específicos	Técnica de Coleta	Técnica de Análise
------------------------------	--------------------------	---------------------------

Conhecer o perfil dos jovens do Centro-Oeste que participaram da oficina;	Para a coleta desses dados, utilizou-se o perfil sociodemográfico.	Os dados coletados serão analisados de maneira quantitativa e discutida nos resultados dialogando com o referencial teórico.
Conhecer a relação dos jovens com a busca por informações sobre HIV/Aids por meio do perfil sociodemográfico;		
Identificar como os jovens interagem entre si e com outras pessoas sobre o tema;		
Registrar a percepção dos jovens sobre as campanhas do Ministério da Saúde por meio do instrumento EducaIndex;	Esses dados serão coletados com a aplicação do instrumento EducaIndex.	Os dados coletados com o EducaIndex serão analisados de maneira quantitativa e discutida no decorrer dos resultados, dialogando com o referencial teórico dialogando com o referencial teórico e o diário de campo.

Fonte: Andrade, 2023.

O quadro 2 permite mostrar a interlocução dos objetivos, onde eles se comunicam uns com os outros de maneira complementar, e permite a visualização do percurso que a autora fará para responder cada item.

Cuidados Éticos

O projeto de pesquisa e o roteiro para a entrevista semiestruturada foram aprovados no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

(CEP/FS/UnB), sob os pareceres de número 4.548.238 (projeto original) e CAAE de número 29854020.0.0000.0030 (ANEXO F).

Durante a pesquisa conversou-se com jovens de 15 a 24 anos, conforme recorte etário estabelecido pela pesquisa matriz. Ao iniciar as oficinas, os(as) jovens foram informados e orientados sobre os objetivos da oficina, o formato, duração, gravação de voz para transcrição e análise posterior de uso interno dos pesquisadores vinculados a pesquisa, registro de fotos, reforçando que todo o anonimato dos participantes seria mantido mesmo durante análise dos dados.

Todas as informações acima foram apresentadas de maneira escrita no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D) para os maiores de 18 anos, e para os menores de 18 anos o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (ANEXO E), ambos os documentos foram lidos de maneira coletiva pela pesquisadora deixando em aberto a fala aos participantes para sanar possíveis dúvidas. Informou-se também que os participantes tinham total liberdade para não participar da oficina ou até mesmo pedir para sair em qualquer momento, caso se sentissem desconfortáveis ou constrangidos em algum momento.

O TALE (ANEXO E) possui espaço para assinatura dos pais/responsáveis, porém em uma das apresentações de pesquisa do CNPq, outro grupo de pesquisa relatou não encaminhar o termo para assinatura, por ser uma temática delicada muitos jovens sentiam-se expostos e vulneráveis no ambiente familiar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa nacional Comunicação Promotora de Saúde, conversou com 643 jovens do Brasil, no período de abril a setembro de 2023, com realização de oficinas. Visando o grande acervo de achados que a pesquisa proporcionou, optou-se por fazer um recorte de apresentação dos dados. Para a presente pesquisa utilizou-se dados da região Centro- Oeste, especificamente os dados do perfil sociodemográfico e do instrumento EducaIndex. Os demais achados serão trabalhados de maneira coletiva em produções colaborativas com os parceiros e pesquisadores do projeto.

Sendo assim, os resultados desta tese serão apresentados em formato de dois artigos científicos, sendo um sobre o “Desenvolvimento do EducaIndex: uma metodologia inovadora de avaliação de comunicação em HIV/Aids”, o artigo já está aprovado na Physis, classificada como A1 na Saúde Coletiva. E a outra produção é sobre a “Análise das estratégias de comunicação sobre HIV/Aids com jovens no Centro-Oeste do Brasil”, artigo submetido a revista Reciis, classificada como A3 na Saúde Coletiva.

Durante o período de doutoramento, a presente pesquisa foi apresentada no XXI Seminário Hispano-Brasileiro de Pesquisa em Informação, realizado em Salvador em 2023, e no XXXIII Congresso Anual da ALASS, realizado no México em 2023, com apresentação virtual.

Após o processo de defesa de tese, será realizada a escrita dos artigos colaborativos por região e apresentação dos demais achados da região Centro Oeste.

Artigo 1 –

Desenvolvimento do EducaIndex: uma metodologia inovadora de avaliação de comunicação em HIV/Aids.

Development of EducaIndex: an innovative methodology for evaluating communication in HIV/Aids.

Natália Fernandes de Andrade

Maria Fátima de Sousa

Ana Valéria M. Mendonça

Resumo:

Este artigo apresenta o desenvolvimento do EducaIndex como proposta metodológica inovadora e dialógica, que permite a avaliação de campanhas de comunicação sobre HIV/Aids por jovens de 15 a 24 anos, possibilitando a mediação entre a educação, informação e comunicação em saúde. O instrumento foi respondido por 643 jovens distribuídos entre as cinco regiões brasileiras que avaliaram três campanhas diferentes, sendo um cartaz, um *jingle* e um vídeo, selecionados entre 475 campanhas analisadas. A metodologia quantitativa atende o EducaIndex, e qualitativa para as oficinas mediadoras da aplicação do instrumento em campo. O instrumento EducaIndex apresentou boa confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,700), demonstrando capacidade de reprodução consistente dos resultados obtidos no tempo e espaço. Quanto às oficinas, permitiram a interação entre pesquisadores e participantes, fortalecendo a importância do protagonismo no processo avaliativo de campanhas.

Palavras-Chave: Estudo Metodológico; HIV; Aids; Comunicação em Saúde; Educação em Saúde.

Abstract

This article presents the development of EducaIndex as an innovative and dialogical methodological proposal, which allows the evaluation of communication campaigns about HIV/AIDS by young people aged 15 to 24, enabling mediation between health education, information and communication. The instrument was answered by 643 young people distributed among the five Brazilian regions who evaluated three different campaigns, being a poster, a jingle and a video, selected from 475 campaigns analyzed. The quantitative methodology meets the EducaIndex, and qualitative for the workshops that mediate the application of the instrument in the field. The EducaIndex instrument showed good reliability (Cronbach's alpha = 0.700), demonstrating the ability to consistently reproduce the results obtained in time and space. As

for the workshops, they allowed interaction between researchers and participants, strengthening the importance of protagonism in the campaign evaluation process.

KeyWords: Methodological Study; HIV; Aids; Health Communication; Health education.

Introdução

Em 1981, nos Estados Unidos, surgiram os primeiros relatos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, conhecida como Aids, notificados no *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Em 1983, foi identificado o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que é o agente etiológico da síndrome (Rachid e Schechter, 2017). No Brasil, os primeiros casos de infecção pelo HIV também foram registrados no início da década de 1980, e desde então o país enfrenta desafios significativos no controle e prevenção da Aids.

Os dados sobre HIV/Aids obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) indicaram que entre 2011 a 2022 foram identificados no Brasil 451.482 casos de Aids. Desses diagnósticos, 9,7% (43.850) se concentraram no ano de 2013, onde a região Sudeste foi a que obteve o maior número de casos do país (17.652), seguido da região Sul (9.381), região Nordeste (9.269), região Norte (4.440) e região Centro-Oeste (3.108). Ainda em relação ao ano de 2013, os estados da região Sudeste que tiveram o maior número de diagnósticos foram: São Paulo (48,4%), Rio de Janeiro (30,0%), Minas Gerais (16,7%) e Espírito Santo (4,9%).

Os óbitos em decorrência do HIV, extraídos a partir da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2011 a 2020 apontou 118.880 óbitos por HIV. Desses, 10,7% (12.667) ocorreram em 2015. Tomando 2015 como o ano com o maior número de óbitos em decorrência do HIV, é possível observar que pouco menos da metade dos óbitos se concentraram na Região Sudeste (42,9% - 5.437), mas especificamente em São Paulo (47,2% - 2.567).

Em relação aos casos de Aids identificados no Brasil, de 2011 a 2022, segundo sexo, os dados do Siscel (2023) apontam que os homens (305.461) concentram um maior número de casos em relação as mulheres (145.931), isto é, 67,7% e 32,3%, respectivamente. No que se refere a faixa etária, a população jovem dos 20 aos 34 anos foi a mais atingida entre os anos de 2011 a 2022, chegando a representar 40,4% (182.195) dos casos confirmados.

Dialogando com os dados epidemiológicos, encontram-se as verbas aprovadas de 2015 a 2022 para a produção de campanhas que auxiliem na prevenção contra o HIV/Aids. Nesse sentido, segundo a Tabela 1, observa-se que o ano de 2015 se destacou por apresentar o maior

número de casos confirmados da série histórica (41.519), em contrapartida foi o ano que menos aprovou verbas destinadas às campanhas (R\$850.354,59).

Tabela 1. Casos confirmados de HIV/Aids e verba aprovada para produção de campanhas, 2015 - 2022.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	41.519	39.916	39.095	38.627	38.327	30.638	35.246	15.412
Verba Aprovada (R\$)	850.354,59	899.614,55	21.285.348,20	23.265.141,79	5.674.746,30	13.500,00	117.040,00	1.075.559,01

Fonte: Elaboração a partir da extração dos dados do Siscel. MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). Dados financeiros: Ministério da Saúde. 2023.

Em 2017 foram aprovados R\$21.285.348,20 e o número de casos confirmados correspondeu a 39.095. Já em 2018, mais verbas foram aprovadas para as campanhas de prevenção, quando foram destinados R\$23.265.141,79 e o número de casos confirmados reduziu para 38.627. Registra-se queda no número de casos (38.638) também em 2019, e redução de verba aplicada, que passou para R\$5.674.746,30. Precisamos desconsiderar 2020, ano em que a pandemia de COVID-19 chegou ao Brasil e outras medidas sanitárias foram priorizadas.

Em relação a 2022 é importante destacar que os dados sobre os casos confirmados extraídos do Siscel (2023) talvez não tenham sido totalmente contabilizados por conta da limitação da própria plataforma, que apresenta um *delay* e, por isso, não se pode afirmar que o ano de 2022 tenha tido uma queda significativa de casos, tampouco relacionar com as verbas aprovadas no período.

As análises correlacionadas entre casos e orçamento destinado às campanhas de comunicação, apoiaram o estudo em tela no sentido de buscar nas campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde entre 2009 e 2019, a percepção de jovens entre 15 a 24 anos quanto aos elementos educativos, informacionais e comunicativos quando exibidos e avaliados por

meio de um instrumento de avaliação quantitativo desenvolvido especificamente para este objetivo, denominado EducaIndex e sobre o qual este artigo se debruça.

Comunicação promotora de saúde

No que tange à comunicação em saúde, ela estabelece princípios dialógicos que perpassam processos e métodos capazes de interconectar saberes e práticas que viabilizam a produção de evidências substanciais a partir de metodologias qualitativas, quantitativas ou mistas. Enquanto estratégia, a comunicação em saúde pode ser destinada a informar e influenciar pessoas, famílias e comunidades, não apenas no que diz respeito à promoção da saúde, mas também à prevenção de agravos e à reflexão proativa dos inúmeros produtos e informações que chegam à população sobre o tema da saúde.

Teixeira (2004) delinea outras finalidades da comunicação em saúde, incluindo: prevenir riscos, lidar com possíveis ameaças à saúde, promover mudanças de comportamento, apoiar a realização de exames de rastreio, compartilhar informações sobre saúde e doenças, divulgar dados sobre exames e resultados, prescrever medicamentos e sugerir medidas preventivas e de autocuidado.

No contexto da tríade educação, informação e comunicação, faz-se importante frisar que a educação é uma das estratégias que fortalece a comunicação em saúde e é reconhecida como fundamental na prevenção de doenças e na promoção da saúde, desempenhando um papel crucial no bem-estar físico e mental tanto a nível individual quanto coletivo. É preconizado que essa educação seja conduzida por meio de uma comunicação clara e eficaz, adaptada às realidades individuais de cada pessoa (De Sousa, 2020).

A educação, portanto, é concebida como um processo transformador que implica a interação entre dois ou mais sujeitos, possibilitando a socialização de conhecimentos. Quando esta é conduzida de forma vertical, de cima para baixo, caracterizando o modelo de "educação bancária", apenas um dos envolvidos compartilha seus saberes, enquanto o outro se limita a receber e memorizar as informações. Nesse contexto, o educando é reduzido ao papel de "receptor" de conhecimento, com a única responsabilidade de assimilar as informações transmitidas (Freire, 2014, p. 80).

A informação e a comunicação possuem definições e finalidades diferentes, pois, apesar de serem termos complementares, Wolton (2010) nos recorda que nem toda informação é uma comunicação. O autor nos informa ainda que a informação pode ser categorizada em três tipos, sendo oral, imagem e texto, e pode ser apresentada de diversas formas e em diferentes suportes, aprofundando os fundamentos e métodos de produção. Para Araújo e Cardoso (2007, p. 31), “a

comunicação dá mais atenção aos procedimentos pelos quais a informação pode ser tratada, circular e ser transformada em saberes pelas pessoas e instituições”.

É importante termos em mente essas diferenças conceituais e de uso, pois a comunicação busca a aproximação e aprofundamento das relações, e está presente cotidianamente em nossas vidas, nos incentivando a compartilhar e realizar trocas de saberes, seja por meio de relatos, experiências ou saberes. A troca dialógica permite resgatar o passado ressignificando o presente e auxiliando o futuro a partir do qual queremos construir (Wolton, 2010).

A combinação destas três áreas tem sido cada vez mais explorada e estimulada no campo da saúde coletiva, onde os processos de saúde doença tem promovido um investimento cada vez maior em produtos e campanhas em saúde, em particular, nos temas de HIV/Aids, tema estudado na pesquisa que dá origem a este artigo.

Objetivo

O desenvolvimento do EducaIndex como proposta metodológica inovadora e dialógica, visa permitir a avaliação de peças de comunicação em saúde, neste caso sobre HIV/Aids, ou qualquer outro tema, por pessoas a partir de 15 anos de idade, que estejam vinculadas a escolas, sociedade civil organizada, estudosas, profissionais e ou gestores, possibilitando a mediação entre os segmentos da educação, informação e comunicação em saúde.

Metodologia

O desafio de uma metodologia inovadora reside na necessidade de estabelecer um diálogo eficaz com a percepção dos participantes receptores do processo de comunicação. Em um contexto onde a educação e a comunicação desempenham papéis cruciais na disseminação de informações e na promoção de comportamentos saudáveis, é fundamental que qualquer abordagem metodológica leve em consideração a complexidade das percepções individuais e coletivas dos receptores (Mendonça, 2021).

Isso implica em reconhecer as diferenças culturais, sociais e cognitivas dos participantes, bem como seus valores, crenças e experiências prévias. Uma metodologia inovadora deve ser capaz de adaptar-se a essas nuances, garantindo uma comunicação eficaz e significativa que ressoe com o público, promovendo assim uma maior adesão das mensagens educativas e comunicacionais, constituindo uma trama de conceitos, métodos e técnicas que desafiem a pluralidade e a complexidade dos sistemas, suas interações e interferências, como nos ensina Morin (2005).

Embora o instrumento apresentado seja, prioritariamente de cunho quantitativo, Minayo e Sanches (2021) reiteram a importância e a necessidade do encontro entre os estudos qualitativos e quantitativos que se complementam, triangulam e promovem a integração de métodos, dados, técnicas, instrumentos e teorias que fortalecem estudos como o que é apresentado neste artigo, logo, aqui serão indicados procedimentos de ambas as naturezas, proporcionando um processo inovador que dialoga com as pessoas e suas possibilidades interpretativas plurais e quantificáveis.

A proposta metodológica

A proposta metodológica aqui desenvolvida destina-se ao estudo avaliativo de campanhas publicitárias no campo da saúde, por meio da aplicação do instrumento EducaIndex, elaborado por meio de pesquisa nacional que tratou da Comunicação Promotora de Saúde: Estratégias de Enfrentamento de Epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em População Jovem, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e realizada em parceria com outras instituições de ensino superior públicas e privadas nas cinco regiões brasileiras.

O instrumento foi aplicado em oficinas desenvolvidas no período de janeiro de 2023 a setembro de 2023, em Brasília - DF e Catalão - GO na região Centro-Oeste; Manaus - AM na região Norte; Vitória - ES na região Sudeste; Porto Alegre- RS, Santa Cruz do Sul - RS e Fontoura Xavier na região Sul; e Fortaleza - CE na região Nordeste, envolvendo 643 jovens, na faixa etária de 15 a 24 anos.

Os locais foram selecionados por conveniência, considerando deslocamento da equipe de pesquisadores para apresentação da metodologia e realização das oficinas para formação de multiplicadores e apoiadores que integram a Rede Brasil de Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento em Saúde.

Para a composição do instrumento EducaIndex, foram avaliadas três campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde, selecionadas dentre 475 produzidas no período de 10 anos (2009 - 2019). As campanhas foram produzidas por Organizações Não-Governamentais (ONG), institutos, Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde.

As 475 peças de comunicação identificadas, foram avaliadas e ranqueadas conforme critérios utilizados por Rothberg *et al.* (2022). Ao avaliar as campanhas, foram selecionadas as três mais bem avaliadas e produzidas pelo Ministério da Saúde, considerando formatos diferentes. Sendo assim, elegeu-se um vídeo produzido em 2017 sobre Hepatites Virais,

disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=ZjQENcSnQmg>; um *jingle* produzido no Carnaval de 2013, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, disponível no link: <https://portal.fiocruz.br/audiovisual/campanha-dst/aids-carnaval-2013-jingle-samba>, e um cartaz de 2018 sobre a temática da Aids, vide Figura 1.

Figura 1 - Cartaz utilizado para avaliação com o uso do EducaIndex.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

Para a aplicação do instrumento em campo, foi elaborado um roteiro para a realização de oficinas mobilizadoras e dialógicas, que mediam o EducaIndex, previsto para desenvolvimento em, aproximadamente, 1h30 a 2h, com o mínimo de três e no máximo 20 participantes, estes identificados como lideranças, grupos de jovens, amigos ou familiares, em ambientes escolar e universitário, ou em espaços alternativos da comunidade, a exemplo de praças, jardins, igrejas e centros comunitários.

Para a realização das oficinas, faz-se necessário que o grupo em campo seja composto por, no mínimo, três pessoas, sendo que uma deve exercer o papel de coordenador da atividade, responsabilizando-se pela condução e moderação; o outro deve ser o relator, devendo observar e registrar falas relevantes, comportamentos e expressões corporais; e por fim, um apoiador, que auxiliará nos aspectos documentais, éticos e dúvidas dos participantes. A oficina é dividida em cinco momentos, realizados de maneira sequenciada, por serem complementares. O **primeiro momento** deve orientar as pessoas para que se dividam em grupos com, no mínimo, três participantes, a fim de que cada um possa avaliar uma campanha. Caso o grupo tenha mais

integrantes, estes devem ser separados em subgrupos, desde que o quantitativo seja múltiplo de três, para que as campanhas sejam avaliadas uma ou duas vezes por subgrupos diferentes.

Após esta separação, o apoiador deve distribuir papel e caneta, ler e orientar quanto aos Termos de Consentimento, e ainda esclarecer possíveis dúvidas preliminares. Logo após, o coordenador deve orientar os participantes a inserirem no papel a primeira palavra que vem à mente ao ver ou ouvir os seguintes termos: HIV/Aids, Infecção Sexualmente Transmissível ou IST e hepatites virais. A atividade permite conhecer o que os participantes pensam, conhecem ou associam sobre o tema. Na oficina, as palavras não precisam ser compartilhadas devido ao tempo, porém, se o grupo tiver disponibilidade para o debate, fica a critério do coordenador da sessão abrir o espaço ou não para compartilhamentos. Os papéis devem permanecer com os grupos, pois serão utilizados posteriormente.

Para o pós-oficina, em se tratando desta primeira abordagem de aquecimento, ao final, o grupo pode quantificar as palavras que surgirem, categorizá-las de acordo com os objetivos da pesquisa em questão e ainda representá-las por nuvens. Para fins desta pesquisa, optou-se em elaborar nuvens de palavras, para análise posterior em profundidade dos temas apresentados e associados.

O **segundo** destina-se a aplicação do EducaIndex, que será apresentado em profundidade mais adiante. Junto com o instrumento, cada grupo deve receber um material de campanha (mencionado anteriormente).

Após a aplicação e a avaliação das campanhas, é chegado o **terceiro momento** da oficina, em que o coordenador deve orientar os participantes a elaborarem uma proposta de campanha no verso da folha utilizada anteriormente, quando da inserção das palavras.

A proposta de campanha deve ser elaborada com o objetivo de atrair outros jovens da mesma faixa etária, abordando a temática da pesquisa. O coordenador deve orientar que os participantes pensem na maior variedade de elementos, tais como para qual público é a campanha (de 15 a 24 anos)? Onde será veiculada (Instagram, Televisão, *WhatsApp*, rádio, ação nas escolas ou comunidades)? Qual o tempo de duração? Terá representação famosa ou não? Em caso positivo, quem será essa representação? Qual será a chamada da campanha? Quais outros elementos seriam necessários nas campanhas em suas percepções? e outras que surjam mediante a criatividade das respostas advindas.

A proposta de elaboração da campanha é uma abordagem qualitativa, que auxilia os pesquisadores a identificarem o que público da pesquisa avalia como ideal para realizar ações de educação e comunicação em saúde sobre o tema abordado. A elaboração da proposta de

comunicação permite ainda que o grupo participe do processo de cocriação e sinta-se representado nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

O **quarto momento** da oficina é o diálogo entre os participantes e o coordenador da sessão. Este, por sua vez, deve orientar que os participantes sentem-se em círculo. Em seguida, deve convidá-los para uma roda de diálogo, que terá cinco perguntas norteadoras para o início do debate. As perguntas norteadoras são voltadas para os conhecimentos sobre os preservativos interno e externo, e o acesso e busca pelas informações quando o assunto é sexualidade, prevenção e doenças sexualmente transmissíveis.

A primeira pergunta é se eles conhecem os preservativos e seus tipos. Nessa questão, especificamente, o coordenador apresenta os materiais para que os participantes possam ver, tocar e conhecê-los. Ao iniciar a roda de conversa o coordenador deve informar que o objetivo da demonstração dos preservativos não é incentivar a prática sexual, mas sim apresentar as formas de prevenção das IST e orientar onde estão disponíveis, ressaltando a importância de buscar profissionais da saúde para mais informações.

As próximas quatro perguntas são direcionadas ao acesso e busca por informação sobre o tema. São elas: por quais meios de comunicação preferem receber informações sobre a prevenção de ISTs, HIV/Aids e hepatites virais? Quais avalia serem os meios de comunicação mais usados para passar essas informações? Que meios preferem receber essas informações e se são os mesmos em que elas geralmente são passadas? Qual meio a informação é passada e se a linguagem utilizada garante o acesso dos jovens a esses materiais? As perguntas são apenas norteadoras ao desenvolvimento do diálogo, podem ser substituídas e algumas podem ser respondidas de maneira indireta durante a interação, pois os pesquisadores podem repeti-las, sempre que necessário, a fim de compreender a compreensão dos participantes.

O **quinto e último momento** é a avaliação do processo, que tem como objetivo validar a metodologia e abordagens usadas para apresentar e discutir o tema. A avaliação possui 14 perguntas, sendo que sete são questões fechadas, sobre o alcance do objetivo; o atendimento às expectativas; carga horária; se a abordagem foi adequada e atrativa, assim como a linguagem. A oitava pergunta, também fechada (muito pouco; pouco; moderado; e muito) busca mensurar o grau de domínio/conhecimento dos jovens sobre o tema da oficina. As outras seis perguntas são discursivas e buscam conhecer como foi a experiência de participar da oficina; como foi avaliar o material do Ministério da Saúde; as facilidades e dificuldades encontradas em todo o processo; o que fariam de diferente e o que mais gostou da oficina.

A avaliação é respondida de maneira individual, anônima e devolvida ao final. As respostas da avaliação devem ser quantificadas e analisadas, conhecendo portanto, como os

jovens avaliam a oficina e suas percepções sobre a atividade como uma estratégia de educação e comunicação em saúde.

Todos os instrumentos da pesquisa em questão foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Faculdade da Saúde da Universidade de Brasília, sob número 4.548.238. A equipe de pesquisa fez uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os maiores de 18 anos, e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os menores de 18 anos, adotando os cuidados éticos necessários e recomendados.

O EducaIndex

Trata-se de um instrumento quantitativo, cujo objetivo é avaliar campanhas publicitárias em seus diversos formatos e temas, podendo ser aplicado em qualquer material de comunicação ou educação, seja na área da saúde ou não.

O EducaIndex é dividido em três eixos, possui sete variáveis e 18 critérios de avaliação. Esses critérios são submetidos a uma análise binária, em que são atribuídos os valores "sim" e "não". O valor "sim" é ponderado com um ponto, enquanto o valor "não" é atribuído como zero. Esta agregação resulta na quantificação dos graus e parâmetros associados a cada variável, os quais, por sua vez, determinam se o respectivo eixo recebe uma avaliação alta, média ou baixa, conforme apresenta a Figura 2.

Figura 2 – EducaIndex

		() Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos	
	ADEQUAÇÃO AO PÚBLICO A QUE SE DESTINA (0 a 3 pontos)	a) O material educativo abordou a sexualidade (sexo, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, afetividades)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos b) O material educativo abordou aspectos culturais (costumes, crenças, valores, língua, religião, raça e etnia)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos c) O material educativo considerou as condições socioeconômicas (renda, escolaridade, ocupação, composição familiar, acesso a serviços de saúde, moradia)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos	() Alta adequação ao público: todas positivas () Média adequação ao público: duas positivas () Baixa adequação ao público: somente uma ou nenhuma positiva Total da "ADEQUAÇÃO AO PÚBLICO": _____ pontos
	DISPONIBILIDADE (0 a 2 pontos)	a) O material é acessado facilmente em diferentes mídias e canais de comunicação (sites, links, impresso)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos b) O material está acessível para pessoas com deficiências (auditiva, visual ou intelectual)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos	() Alta disponibilidade: todas positivas () Média disponibilidade: somente uma positiva () Baixa disponibilidade: nenhuma positiva Total da "DISPONIBILIDADE": _____ pontos
COMUNICACIONAL Máx.: 5 pontos	LINGUAGEM (0 a 3 pontos)	a) A linguagem possibilita a interação com o público, favorecendo a aprendizagem do tema abordado? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos b) O material educativo contém informações ou afirmações que favorecem a aceitação, a inclusão social e o respeito à diversidade? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos c) As imagens, ilustrações, personagens, desenhos e expressões verbais e/ou textuais utilizadas estão adequadas ao público para o qual os materiais estão direcionados? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos	() Alta adequação da linguagem: todas positivas () Média adequação da linguagem: duas positivas () Baixa adequação da linguagem: somente uma ou nenhuma positiva Total da "LINGUAGEM": _____ pontos
		PONTUAÇÃO TOTAL DO MATERIAL EDUCATIVO	

Notas:

¹A pontuação máxima é de 18 pontos. Estes corresponderão ao somatório de pontos dos critérios (oriundos de suas respectivas variáveis e eixos). Depois disso, cada pontuação obtida seguirá o seguinte escore, com variação de 0 a 18 pontos:

- Qualidade baixa (0 a 5 pontos)
- Qualidade regular (6 a 9 pontos)
- Qualidade boa (10 a 14 pontos)
- Qualidade ótima (15 a 18 pontos)

Fonte: Projeto Comunicação Promotora de Saúde, 2022.

Após a quantificação dos parâmetros individuais de cada eixo, as pontuações totais são somadas. A pontuação total representa a avaliação de cada peça com base nas respostas dos participantes. Essas avaliações podem ser categorizadas conforme a qualidade do material analisado, atribuindo-se os seguintes intervalos: qualidade baixa para pontuações totais entre zero e cinco pontos; qualidade regular para pontuações entre seis e nove pontos; qualidade boa para pontuações entre dez e 14 pontos; e qualidade ótima para pontuações entre 15 e 18 pontos.

O **primeiro** é voltado para a **elementos conceituais**, que totalizam seis pontos de 18. O eixo é composto por duas variáveis e seis critérios. A primeira variável, avalia a **importância** do material, com os seguintes critérios: se o material é adequado para ser utilizado em atividade de ensino; se o material educativo apresenta informações ou dados que permitem justificar a relevância da temática; e se a linguagem utilizada permite a rápida compreensão dos conteúdos abordados no material. A segunda variável avalia o **conteúdo** das peças: se o conteúdo é de fácil entendimento; se o conteúdo do material é fundamentado nos conhecimentos produzidos sobre o tema; e se o conteúdo possui um volume de informações adequado para o público estratégico.

O **segundo eixo** é voltado para os **elementos pedagógicos**, que totalizam sete pontos. O eixo é composto por três variáveis e sete critérios, sendo a primeira variável voltada para a **usabilidade/facilidade de uso** das peças, tendo como critérios as seguintes questões: se o material permite a aprendizagem em diferentes contextos e situações; e se o material pode ser utilizado em diferentes espaços de práticas educativas. A segunda variável é a **aplicabilidade/aplicação** do material, questionando se: a abordagem da temática favorece a mudança de atitudes e comportamentos por parte do público a que se destina; e se o material estimula que o público busque mais informações, orientações ou conteúdos relacionados ao tema abordado.

O **terceiro eixo** totaliza cinco pontos e é dirigido aos **elementos comunicacionais**, composto por duas variáveis e cinco critérios. A primeira variável é voltada para a **disponibilidade de acesso** das peças, avaliando se o material é acessado facilmente em diferentes mídias e canais de comunicação (sites, links, impressos); se o material está acessível para pessoas com deficiências (auditiva, visual ou intelectual); a segunda variável é destinada para a **linguagem** utilizada nas peças, e busca avaliar se a linguagem possibilita a interação com o público, favorecendo a aprendizagem do tema abordado; se o material educativo contém informações ou afirmações que favorecem a aceitação, a inclusão social e o respeito à diversidade; e se as imagens, ilustrações, personagens, desenhos e expressões verbais e/ou textuais utilizadas estão adequadas ao público para o qual os materiais estão direcionados.

A avaliação do EducaIndex pode ser realizada de maneira individual ou coletiva, gerando um debate entre os participantes, na forma que cada um interpreta e se relaciona com o material avaliado. Para essa pesquisa optou-se pelo trabalho em grupos, onde os participantes discutiram os eixos e variáveis e entraram em um consenso de avaliação para cada pergunta. Embora o instrumento tenha alcançado sua validação e consistência estatística ao ser aplicado nacionalmente com 643 jovens, este artigo dedica-se apenas ao seu desenvolvimento metodológico.

Resultados e Discussões

No decorrer do projeto (2020 a 2023), após as necessárias revisões teóricas, o desenho metodológico e a elaboração dos instrumentos, trâmites éticos e o trabalho em campo, os pesquisadores conversaram com 643 jovens distribuídos entre as cinco regiões brasileiras. Desses, 384 avaliaram as oficinas realizadas como introdução à aplicação do EducaIndex, uma vez que nem todos os participantes responderam ao formulário final.

O instrumento EducaIndex, por sua vez, apresentou boa confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,700), demonstrando capacidade de reprodução consistente dos resultados obtidos no tempo e espaço (de Souza *et al.*, 2017). Os resultados da avaliação dos materiais utilizados na pesquisa sobre HIV/Aids e IST (vídeo, jingle e cartaz) utilizando-se o EducaIndex, revelaram qualidade similar entre eles ($p=0,077$), em nível nacional e por região. Contudo, em relação aos eixos que integram o instrumento (Conceitual, Pedagógico e Comunicacional), observou-se que o eixo Conceitual, referente a importância e conteúdo do material, apresentou uma melhor avaliação, enquanto o eixo Comunicacional foi pior avaliado ($p<0,001$).

No que se refere à avaliação das oficinas, quanto à primeira pergunta se a oficina alcançou o objetivo proposto, 325 pessoas avaliaram que sim (85%); oito avaliaram que não (2%) e 51 avaliaram que se deu de maneira parcial (13%). Quanto às expectativas, 318 avaliaram que ela foi atendida (83%), 10 avaliaram que não (3%) e 56 avaliaram como parcial (14%).

Ao elaborar o roteiro de oficina, o grupo de pesquisa buscou adequação do tempo para todas as etapas do processo, de maneira que todos os participantes pudessem se envolver na dinâmica proposta. Logo, a carga horária destinada foi avaliada positivamente por 329 participantes como bem distribuída (86%), 18 avaliaram que não (5%) e 37 consideraram parcial (9%). Nesse sentido, observa-se que o tempo de realização pode ser readequado conforme disponibilidade e interação dos participantes durante a atividade.

Por ser uma oficina voltada ao público jovem, o grupo de pesquisa buscou utilizar uma abordagem adequada e atrativa. Neste sentido, 327 participantes, que correspondem a 85%, avaliaram a abordagem como atrativa, 12 avaliaram que não (3%) e 45 avaliaram como parcial (12%). E ao saber se a abordagem foi adequada, 362 (94%) avaliaram que sim, 20 avaliaram que parcial (5%) e apenas dois avaliaram que não (1%).

Um desafio para o grupo foi o uso de uma linguagem atrativa que envolvesse os jovens e os aproximasse do diálogo. Esse foi um dos pontos abordados na avaliação, que teve 338 participantes (88%) avaliando que a linguagem havia sido atrativa, enquanto 33 (9%) avaliaram que foi parcial e 13 (3%) que não foi atrativa.

Ao tentar aproximação com os jovens pela linguagem, rompemos o compartilhamento de maneira imposta seja por representar um profissional da saúde ou da educação, assim os participantes passam a fazer parte do processo educativo por compartilharem pensamentos e momentos semelhantes. Os jovens passam a ser sujeitos na construção do conhecimento e o educador, no caso o moderador passa a ser observador (Guimarães, 2012).

De acordo com Braungart e Braungart (1996), os jovens apresentam uma cultura distinta que se diferencia da cultura predominante, manifestando-se por meio de símbolos, crenças e comportamentos que refletem a singularidade de sua condição juvenil.

A avaliação também buscou conhecer o grau de domínio/conhecimento dos jovens sobre o tema da oficina. Neste quesito, 270 participantes (70%) avaliaram ter conhecimento moderado, 55 (14%) avaliam que conhecem muito, 18 (5%) conhecem muito pouco e 41 (11%) conhecem pouco. Lima *et al.* (2024), consideram o "diálogo como um encontro de conhecimentos, em que há o compartilhamento respeitoso dos mais diversos saberes, ampliando o conhecimento crítico e contribuindo para o processo de autonomia e emancipação dos sujeitos" (p. 8).

Perguntou-se ainda aos participantes como foi a experiência de participar da oficina, e para que eles pudessem se expressar de maneira livre, poderiam inserir suas opiniões. Entre as 384 respostas, encontramos a experiência definida em uma palavra: “Ótima”; “Muito boa”; “Positiva”; “Nada”. E experiências com relatos mais detalhados, como os de três jovens de Vitória- ES, que compartilharam:

“Eu gostei, a conversa foi leve e divertida”;
“Gostei muito de ter participado da oficina, achei o método interessante”;
“Uma experiência muito marcante por ser aberta em um debate entre pessoas com a idade aproximada com perspectivas diferentes”.

No Sul, um participante avaliou como: *“Interessante, mas poderia no fim ter uma intervenção em grupo como um todo”*. A opinião de um jovem de Catalão - GO, no Centro - Oeste, foi semelhante: *“Foi muito interessante poder apresentar minhas perspectivas sobre os anúncios e poder expressar opinião”*. Assim como no Norte, em Manaus - AM: *“Foi interessante, ainda não tinha participado de uma atividade assim se tratando do tema tão abertamente”*.

Buscando atender o objetivo da pesquisa nacional - “Comunicação Promotora de Saúde – Estratégias de Enfrentamento de Epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em População Jovem”, perguntou-se como os jovens se sentiram ao avaliar as campanhas? Dentre as respostas, destacam-se *“Rápido”;* *“Fácil”;* *“Interessante”;* *“diferente”*.

Os jovens compartilharam também que foi

“Interessante, pois é algo que atinge milhares de pessoas e a mim também.”
(Vitória- ES);
“Foi importante avaliar o material, às vezes fazem o material super legal, mas não estão de acordo com o público alvo. Tendo avaliado, talvez o

material seja mais adequado para ser consumido para o público alvo” (Vitória- ES);

“A avaliação do material em grupo foi um momento onde nós conseguimos realmente pensar como aquele instrumento afetaria o dia a dia das pessoas e se as pessoas realmente conseguiram ter o acesso a ele. Foi um momento de discussão sobre a saúde, mas também na preocupação pela democratização da informação para todos os públicos, o que já caracteriza um dos fins de uma ferramenta do Ministério da Saúde para conscientização. Foi muito importante passar por essa experiência, para lembrarmos das características da nossa sociedade e enxergar os outros que não têm o privilégio de ter acesso a informação como nós muitas vezes conseguimos ter.” (Vitória - ES);

“Foi interessante, pois nunca observei de modo avaliativo as propagandas que eu vejo.” (Porto Alegre - RS).

Neste sentido, destaca-se que o acesso à informação não é igualitário, sendo influenciado por uma série de fatores socioeconômicos, geográficos e culturais. Pessoas de diferentes contextos socioeconômicos podem ter acesso desigual a recursos educacionais e de comunicação, vindo a impactar diretamente em sua capacidade de compreender, interpretar e avaliar as campanhas de comunicação em saúde destinadas a eles.

Além disso, a disponibilidade de acesso à informação também pode ser limitada por barreiras físicas, como a falta de infraestrutura de comunicação em áreas rurais ou remotas, bem como por barreiras tecnológicas, como a falta de acesso à internet ou dispositivos digitais. Portanto, é essencial que qualquer metodologia inovadora leve em consideração essas disparidades de acesso à informação ao desenvolver e implementar estratégias de comunicação em saúde, visando garantir uma abordagem inclusiva e equitativa que atenda às necessidades e realidades diversas dos participantes.

Para Araújo e Cardoso (2007), é fundamental pensar a comunicação e a informação com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), para que contribuam no aperfeiçoamento do sistema de saúde, viabilizando a participação dos cidadãos na construção das políticas públicas.

Os jovens identificaram como facilidade:

“Linguagem aberta e tempo disponível” (Porto Alegre - RS);

“Saber sobre preservativos e doenças” (Vitória - ES);

“Avaliar em um grupo pequeno, porém com idades muito aproximadas realmente me fez relaxar para então compartilhar e discutir minhas idéias sobre o assunto abordado” (Vitória - ES);

“Avaliar os materiais, conversar sobre os temas e pensar em novas estratégias para divulgação de informações” (Catalão - GO).

Além das facilidades, é importante identificar também as dificuldades. Foram elas:

“Chegar em acordo sobre as opiniões com meus colegas” (Vitória - ES);
“Enxergar as dificuldades de outras pessoas para a compreensão da mensagem passada” (Catalão - GO);
“Algumas palavras utilizadas” (Brasília - DF).

Encerrando a ficha de avaliação da oficina, foi questionado a eles sobre o que mais gostaram, e algumas das respostas registradas foram:

“Avaliar a campanha e a roda de conversa” (Porto Alegre - RS); *“A que eu peguei a camisinha”* (Vitória - ES);
“A construção de uma campanha ideal” (Catalão - GO);
“Criar propagandas para conscientizar as pessoas” (Fortaleza - CE);
“A parte mais prática com a apresentação dos preservativos e os debates que surgiram” (Brasília - DF).

Sobre o processo de avaliação de materiais de comunicação em saúde, Vasconcelos, Oliveira-Costa e Mendonça (2016), ao analisarem 14 campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde, observaram que houve prioridade à prevenção de doenças do que à promoção da saúde. Portanto, a comunicação promotora de saúde, aporta princípios que, certamente, permitirão, no futuro, mudanças de cenários advindos de pesquisas que incorporem estratégias, processos, métodos e técnicas que viabilizem ações de promoção da saúde junto às pessoas, famílias e comunidades.

Considerações Finais

A mediação do uso do EducaIndex por meio de oficinas para coleta em campo é uma estratégia que permite a interação entre pesquisadores e participantes envolvidos, fortalecendo a necessidade e importância da comunicação interpessoal aplicada no decorrer do processo.

Esses espaços permitem reforçar a importância do diálogo e da troca de saberes e vivências, independente da faixa etária dos participantes. Enquanto profissionais da saúde e pesquisadores, não realizamos oficinas para ensinar de maneira impositiva, mas sim para aprender com os participantes o que eles conhecem e juntos construirmos novos saberes em cocriação.

Um dos eixos mais desafiadores da oficina foi a aproximação com os jovens para se falar sobre um tema que ainda é visto como tabu, prova disso foi que, em alguns momentos, eles demonstram receio em falar sobre, mesmo com muitas dúvidas, ou até por não saberem com quem conversar, por medo.

A elaboração do EducaIndex para avaliação de campanhas do Ministério da Saúde, permitiu que o processo observacional dos jovens fosse ampliado, uma vez que, em diversas situações eles não perceberam as campanhas produzidas apenas por não se sentirem representados nas imagens, formatos ou linguagens como as peças publicitárias chegam até eles.

Complementar ao processo de avaliação das campanhas, é importante dar protagonismo aos jovens, para que eles apresentem o que gostariam de ver nas grandes mídias e campanhas. Ao inseri-los no processo de cocriação, estimulamos o papel de multiplicadores do processo de cuidado nos diversos cenários e ambientes nos quais eles se encontram, seja ele presencial ou virtual, materializando informação de qualidade e colaborando à tomada de decisões em saúde baseada em evidências produzidas a partir das ações de educação, informação e comunicação promotoras de saúde. Outro artigo se encarregará de apresentar a avaliação das campanhas com uso do EducaIndex.

Financiamento

O projeto “Comunicação promotora de saúde: estratégias de enfrentamento de epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em população jovem” foi aprovado no âmbito da Chamada CNPq/MS-DCCI Nº 24/2019 Pesquisas em Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais, processo 443228/2019-1.

Referências

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BRAUNGART, Richard G.; BRAUNGART, Margaret M. Cultura da juventude. In: OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 167-168, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Controle de Exames Laboratoriais**. (SISCEL). 2023.

DE SOUSA GONÇALVES, Romário *et al.* Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**,

v. 3, n. 3, p. 5811-5817, 2020. Disponível:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11122> Acesso
em 10 jan. 2024.

DE SOUZA, Ana Cláudia; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, set. 2017. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 jan. 2024. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

DOMINIQUE, Wolton D. **Informar não é comunicar**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

FARIAS, Heitor Soares de. O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade. Espaço e Economia. **Revista brasileira de geografia econômica**, n. 17, 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 58^a ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GUIMARÃES, Jamile Silva; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. Educação para a Saúde: discutindo uma prática pedagógica integral com jovens em situação de risco. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 895-908, 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo de 2022: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes>

LIMA, Polyanna da Costa *et al.* Enfrentamento de epidemias de ISTs em população jovem: caracterização da linguagem dos materiais educativos. **Cien Saude Colet** 2024; 29:e13762022. DOI: 10.1590/1413-81232024292.13762022

MENDONÇA, Ana Valéria Machado. O papel da Comunicação em Saúde no enfrentamento da pandemia: erros e acertos. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Competências e Regras -**

Coleção COVID-19. Vol. 3. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2021. p. 164-178. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3competencias-e-regras/>> Acesso em: jan. 2024.

MENNA, Takele; ALI, Ahmed; WORKU, Alemayehu. Efeitos da intervenção educativa entre pares nos comportamentos sexuais relacionados com o VIH/SIDA de estudantes do ensino secundário em Adis Abeba, Etiópia: um estudo quase experimental. **Saúde reprodutiva**, v. 12, p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0077-9> . Acesso em: jan. 2024

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? In: MENDONÇA, Ana Valéria M.; SOUSA, Maria Fátima (Org.). **Métodos e Técnicas de Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Vol. 1 Brasília: Editora ECoS, 2021. Disponível em: <https://ecos.unb.br/publicacoes/>

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Trad. Eliane Lisboa. Porto Alegre: Ed. Sulina. 2005.

RACHID, Márcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/aids**. Thieme Revinter Publicações LTDA. 2017.

ROTHBERG, Danilo *et al.* Qualidade da comunicação promotora da saúde: como avaliar? Proposta de instrumento de avaliação de campanhas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e220004, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2022.v26/e220004/>

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde–utentes. **Análise Psicológica**, p. 615-620, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>

VASCONCELOS, Wagner Robson Manso de; OLIVEIRA-COSTA, Mariella Silva; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. **Rev Electron Comun Inf Inov Saude** 2016; 10(2):1-11. 5.

Artigo 2 –

Análise das estratégias de comunicação sobre HIV/Aids com jovens no Centro-Oeste do Brasil.

Analysis of communication strategies about HIV/AIDS with young people in the Center-West of Brazil.

Análisis de estrategias de comunicación sobre VIH/SIDA con jóvenes del Centro-Oeste de Brasil.

Natália Fernandes de Andrade

Juliana Santos Moreno

Maria Fátima Sousa

Ana Valéria M. Mendonça

Resumo: Este artigo apresenta o perfil dos jovens de 15 a 24 anos da região Centro-Oeste que participaram da pesquisa nacional “Comunicação Promotora de Saúde – Estratégias de Enfrentamento de Epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em População Jovem” no período de abril a setembro de 2023. A pesquisa tem como objetivo conhecer como os jovens se relacionam e buscam informações sobre HIV/Aids, e seus conhecimentos sobre o assunto e métodos de prevenção por meio do perfil sociodemográfico de coleta quantitativa. E buscou também analisar como os jovens avaliam três peças de comunicação produzidas pelo Ministério da Saúde, sendo um cartaz, um *jingle* e um vídeo, com a aplicação do instrumento Educaindex. O instrumento EducaIndex apresentou boa confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,700), demonstrando capacidade de reprodução consistente dos resultados obtidos no tempo e espaço.

Palavras-Chave: Campanhas de Saúde; HIV; Aids; Educação em Saúde; Comunicação em Saúde.

Abstract: This article presents the profile of young people aged 15 to 24 from the Central-West region who participated in the national survey “Health Promoting Communication – Strategies for Coping with Epidemics of STIs, HIV/Aids and Viral Hepatitis in Young Populations” in April to September 2023. The research aims to understand how young people relate to and seek information about HIV/AIDS, and their knowledge on the subject and prevention methods through the sociodemographic profile of quantitative collection. It also sought to analyze how

young people evaluate three pieces of communication produced by the Ministry of Health, being a poster, a jingle and a video, using the Educaindex instrument. The EducaIndex instrument showed good reliability (Cronbach's alpha = 0.700), demonstrating the ability to consistently reproduce the results obtained in time and space.

KeyWords: Health Campaigns; HIV; Aids; Health education; Health Communication.

Resumen: Este artículo presenta el perfil de los jóvenes de 15 a 24 años de la región Centro-Oeste que participaron en la encuesta nacional “Comunicación Promotora de la Salud – Estrategias para el Afrontamiento de las Epidemias de ITS, VIH/Sida y Hepatitis Virales en Poblaciones Jóvenes” en abril a Septiembre de 2023. La investigación tiene como objetivo comprender cómo los jóvenes se relacionan y buscan información sobre el VIH/SIDA, y sus conocimientos sobre el tema y métodos de prevención a través del perfil sociodemográfico de recolección cuantitativa. También se buscó analizar cómo los jóvenes evalúan tres piezas de comunicación producidas por el Ministerio de Salud, a saber, un cartel, un jingle y un video, utilizando el instrumento Educaindex. El instrumento EducaIndex mostró buena confiabilidad (alfa de Cronbach = 0,700), demostrando capacidad para reproducir consistentemente los resultados obtenidos en el tiempo y el espacio.

Palabras clave: Campañas de salud; HIV; Aids; Educación para la salud; Comunicación sanitaria.

Introdução

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma infecção que afeta o sistema imunológico, cujo agente etiológico é o vírus da imunodeficiência humana (HIV). São conhecidos dois subtipos do vírus (HIV-1 e HIV-2). O subtipo 1 é, na maioria dos casos, o responsável pela transmissão das infecções no mundo, enquanto o subtipo 2 é mais frequente na África Ocidental (GRANT e De COCK, 2001).

No Brasil, a infecção pelo HIV e a Aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, portanto, os casos devem ser reportados às autoridades de saúde. A Aids, preconizada pela Portaria nº 420, de 2 de março de 2022, embora seja de notificação compulsória desde 1986, sua notificação tem sido um instrumento essencial para o monitoramento e controle da disseminação da doença. Posteriormente, em 2000, a notificação da infecção pelo HIV em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical foi formalizada através da Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000,

expandindo ainda mais o escopo da vigilância. Em consonância com o avanço das políticas de saúde, a notificação da infecção pelo HIV em geral foi estabelecida em 2014 pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, consolidando o compromisso das autoridades de saúde com a identificação precoce e o manejo adequado dos casos (Brasil, 2023).

Entretanto, apesar da exigência legal de notificação, observa-se uma tendência preocupante de diminuição na proporção de casos de AIDS registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) ao longo dos anos. Este declínio é particularmente destacado pelo emprego do método probabilístico de relacionamento de bases de dados utilizado na geração das informações epidemiológicas. Segundo o Boletim Epidemiológico (Brasil, 2023), constatou-se que apenas 48,2% dos 36.753 casos de Aids foram notificados pelo Sinan, enquanto 9,0% foram registrados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e 42,8% pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel). Este cenário ressalta a necessidade premente de revisão e aprimoramento dos mecanismos de notificação, a fim de garantir a eficácia das estratégias de vigilância epidemiológica e o controle adequado da epidemia de HIV/Aids.

A subnotificação de casos de infecção pelo HIV e Aids no Sinan destaca uma preocupante lacuna de informação. Esta lacuna tem repercussões significativas, pois impede uma compreensão abrangente do panorama epidemiológico e a identificação precisa dos fatores associados à propagação da doença. Para além disso, a ausência de dados registrados compromete o fornecimento contínuo de medicamentos, e desenvolvimento de ações direcionadas a públicos específicos e população vulnerabilizada (Brasil, 2023).

Estima-se que em 2022, 39 milhões de pessoas do mundo viviam com HIV. Dessas, 76% tiveram acesso ao tratamento antirretroviral, enquanto 71% tinham cargas virais suprimidas. Além disso, a estratégia global da Organização Mundial de Saúde sobre o HIV para 2022 a 2030 visa reduzir as infecções por HIV de 1,5 milhão em 2020 para 335 mil até 2030; e reduzir as mortes de 680 mil em 2020 para menos de 240 mil em 2030 (OMS, 2023).

Segundo o Boletim Epidemiológico sobre HIV/Aids do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS), no período de 2007 a junho de 2023, foram notificados no Sinan 489.594 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 38.761 (7,9%) na região Centro-Oeste. E em 2022, foram notificados 43.403 casos

de infecção pelo HIV, o Centro-Oeste teve 3.825 (8,8%). Ao analisar a faixa etária, o público com maior prevalência é de 15 a 24 anos, com 114.593 (23,4%), sendo 25% casos em pessoas do sexo masculino e 19,6% do sexo feminino, o que enfatiza a importância de políticas públicas e ações direcionadas (Brasil,2023).

E ao se falar de Aids, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, registra que no período de 1980 a junho de 2023, foram registrados 1.124.063 casos de Aids no Brasil, uma média de 35,9 mil novos casos por ano, nos últimos cinco anos, e registrado no Sinan no período de 2000 a junho de 2023, totalizou 914.547 casos. Nesse mesmo período o Centro-Oeste registrou 6,4% de casos, e nos últimos cinco anos, de 2018 a 2022, registrou 2,9 mil casos. A maior concentração de casos por faixa etária no período de 1980 a junho de 2023, foi em homens (50,1%) de 25 a 39 anos. Porém, em 2022 notou-se um aumento da taxa de detecção em jovens de 20 a 24 anos com 10,1 casos/100mil habitantes e de 18,3 casos/100mil habitantes em jovens de 25 a 29 anos (Brasil, 2023). Esse índice pode ser associado às práticas de educação e comunicação em saúde que contribuem com a prevenção de doenças.

Educação e Comunicação em Saúde

A educação em saúde fundamenta o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual assegura a participação ativa da comunidade nas políticas públicas de saúde, abrangendo tanto aspectos de prevenção quanto de promoção da saúde. A educação em saúde desempenha um papel crucial na ampliação do controle social sobre as políticas públicas, visando atender às demandas reais da população e promover uma gestão mais participativa e responsiva no âmbito da saúde pública (De Oliveira, 2018).

A educação é reconhecida como uma estratégia fundamental na prevenção de doenças e na promoção da saúde, desempenhando um papel crucial no bem-estar físico e mental tanto do indivíduo quanto da comunidade em geral. Segundo De Sousa (2020), essa educação deve ser conduzida por meio de uma comunicação clara, objetiva e eficaz, buscando-se uma abordagem que esteja intimamente alinhada com a realidade específica de cada indivíduo.

E para a realização de uma ação efetiva de educação em saúde, é importante o fortalecimento da comunicação em saúde, que é estabelecida por princípios dialógicos que abrangem uma variedade de processos e métodos destinados a conectar conhecimentos e práticas, facilitando a produção de evidências substanciais por meio de abordagens metodológicas qualitativas, quantitativas ou híbridas. Como uma estratégia essencial, a

comunicação em saúde é concebida para informar e influenciar indivíduos, famílias e comunidades, não apenas no contexto da promoção da saúde, mas também na prevenção de doenças e na reflexão crítica sobre a multiplicidade de informações e produtos relacionados à saúde que são disponibilizados à população.

Mendonça (2014), elaborou que comunicação em saúde é:

“[...] possibilitar acessibilidade e acesso por meio de acolhimento e construção de autonomia, promovendo comprometimento com diálogo, entendimento do direito, empoderamento e humanização das relações. É possibilitar integração, integralidade, inclusão e participação, reflexão, resolutividade, respeito e solidariedade. É processo primordial, desafio de transformação de construção de vínculo e dever da cidadania” (p. 705).

A comunicação, por sua vez, fortalece e enriquece as relações interpessoais, estando presente em nossas vidas diárias e nos estimulando a compartilhar e trocar conhecimentos, por meio de relatos, experiências e saberes. O diálogo facilita a reflexão sobre o passado, conferindo novos significados ao presente e orientando as ações futuras, moldando assim a construção do futuro almejado (Wolton, 2010).

Educomunicação em Saúde

Quando associadas, à educação e a comunicação apresentam interseções significativas, ambas reconhecidas como elementos essenciais para o progresso e desenvolvimento humano. Quando integradas, essas duas áreas do conhecimento oferecem contribuições substanciais para o avanço da sociedade, mudanças e melhorias para o desenvolvimento humano. Para Freire e Carvalho (2012) *“a convergência das duas áreas, educação e comunicação, criam um novo campo de saber, a educomunicação, que tem como objetivo comum a construção da cidadania”* (p. 1).

Buscando enfatizar as singularidades do encontro das áreas, Soares (2011) elenca algumas características marcantes da educomunicação que são:

“a) a abertura para o outro; b) o diálogo na gestão dos conflitos; c) a capacidade de contextualizar os problemas e encontrar soluções de interesse para a coletividade; e, sobretudo, d) o grande poder de acolhida, assegurando a adesão de seus interlocutores às propostas que defendiam.” (SOARES, 2011, p. 65).

A dinâmica da educomunicação é flexível e adaptável às necessidades específicas tanto do indivíduo quanto do coletivo em diferentes contextos locais. Nesse sentido, é essencial que haja um processo de escuta ativa para identificar as demandas e garantir que os indivíduos se sintam envolvidos no processo de cuidado, promovendo assim um fortalecimento das relações com a saúde que vão além da interação com os profissionais de saúde. A utilização de ferramentas de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) pode desempenhar um papel crucial na consolidação desses laços e vínculos, contribuindo para a eficácia da comunicação e o fortalecimento da participação ativa dos indivíduos em sua própria saúde.

A partir do cenário epidemiológico, na qual podemos notar um crescimento significativo de casos de HIV/Aids em jovens de 15 a 24 anos, o presente estudo buscou conhecer o perfil dos jovens da região Centro-Oeste que participaram da oficina responsável pela aplicação do EducaIndex, identificar como eles se previnem no dia a dia e como eles avaliam as campanhas do Ministério da Saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, em que se buscou analisar as campanhas de comunicação sobre HIV/Aids com público jovem de 15 a 24 anos na região Centro-Oeste, a partir da aplicação do instrumento EducaIndex, elaborado por meio de pesquisa nacional Comunicação Promotora de Saúde: Estratégias de Enfrentamento de Epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em População Jovem, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e realizada em parceria com outras instituições de ensino superior públicas e privadas nas cinco regiões brasileiras.

O instrumento foi aplicado em oficinas desenvolvidas no período de janeiro de 2023 a setembro de 2023, em Brasília - DF e Catalão - GO na região Centro-Oeste. Os locais foram selecionados por conveniência, considerando o tempo de deslocamento da equipe de pesquisa para a realização das oficinas para formação de multiplicadores e apoiadores que integram a Rede Brasil de Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento em Saúde.

Para a composição do instrumento EducaIndex, foram avaliadas três campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde, selecionadas dentre 475 produzidas no período de 10 anos (2009 - 2019). As campanhas foram produzidas por Organizações Não-Governamentais (ONG), institutos, Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde. As 475 peças de comunicação

identificadas, foram avaliadas e ranqueadas conforme critérios utilizados por Rothberg et al. (2022). Foram selecionadas as três melhor avaliadas e produzidas pelo Ministério da Saúde, em diferentes formatos. Sendo assim, elegeu-se um vídeo produzido em 2017 sobre Hepatites Virais, disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=ZjQENcSnQmg>; um jingle produzido no Carnaval de 2013, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, disponível em <https://portal.fiocruz.br/audiovisual/campanha-dst/aids-carnaval-2013-jingle-samba>, e um cartaz de 2018 sobre a temática da Aids, vide Figura 1.

Figura 1. Cartaz avaliado a partir do EducaIndex.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

Para a aplicação do instrumento em campo, foi elaborado um roteiro para a realização de oficinas de mobilização, desenhadas para mediar a aplicação do EducaIndex, cujo desenvolvimento se dava em, aproximadamente, 1h30 a 2h, tendo o mínimo de três e o máximo 20 participantes, a saber: lideranças, grupos de jovens, amigos ou familiares. As sessões dialogadas eram realizadas em ambientes escolar ou universitário, espaços alternativos da comunidade, a exemplo de praças, jardins, igrejas e centros comunitários.

As oficinas foram divididas em cinco etapas. A primeira etapa era a elaboração da nuvem de palavras com temas e termos que podiam ser associados ao tema, expressando suas associações e percepções. Após a separação, foram entregues folhas de rascunho e caneta para a próxima atividade. Nela, os participantes escreveram a primeira palavra à mente ao pensar

nos temas mencionados nas campanhas. Não foi obrigatório o compartilhamento das palavras, mas o debate foi incentivado, caso o tempo permitisse. Após a oficina, as palavras foram quantificadas, categorizadas e representadas em nuvens, auxiliando numa análise mais aprofundada dos temas.

A segunda etapa foi a aplicação do EducaIndex, junto com materiais de campanha, seguido pela avaliação das campanhas. À terceira etapa coube a elaboração de propostas de campanha pelos participantes, a fim de atrair jovens de 15 a 24 anos. A quarta etapa foi um diálogo entre os participantes e o coordenador, explorando conhecimentos sobre preservativos e a busca por informações sobre sexualidade e prevenção de ISTs. Ao final da oficina os participantes foram convidados a responder um questionário estruturado a respeito de questões sociodemográficas, tais como idade, sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor e religião. Questões sobre prevenção e comunicação em saúde relacionadas ao HIV/Aids também foram perguntadas.

A partir da aplicação do instrumento EducaIndex e do questionário sociodemográfico, as respostas foram incorporadas a um formulário desenvolvido com a ferramenta *Google Forms* e, posteriormente, foram gerados gráficos, permitindo a análise através de estatísticas descritivas, como frequência e percentual.

Todos os instrumentos da pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Faculdade da Saúde da Universidade de Brasília, sob número 4.548.238. Os cuidados éticos envolveram o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os maiores de 18 anos, e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os menores de idade.

Resultados e Discussões

Ao todo, 258 (40,1%) jovens participaram da aplicação do EducaIndex na região Centro-Oeste. Desses, 31,8% (82) são homens, 67,8% (175) são mulheres e apenas 0,4% (1) se identificam como “outros”. Em relação à orientação sexual, a maioria dos participantes (75,2% - 194) se declaram heterossexual, 15,5% (40) se declaram bissexuais e 6,6% (17) se declaram homossexuais. Apenas 1,2% (3) dos participantes se declararam pansexuais e 0,4% (1) com sexualidade fluida. Outros 1,2% (3) não responderam a essa pergunta. Nesse sentido, os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde demonstram que em 2022 para homens de 13 a 19 e 20 a 29 anos a categoria de exposição predominante nos casos detectados de Aids foi

a de HSH (homossexual e bissexual). Entre as mulheres, a categoria de exposição é a heterossexual em todas as idades (mais de 80%).

A pesquisa nacional - Comunicação Promotora de Saúde: Estratégias de Enfrentamento de Epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em População Jovem, foi destinada a jovens e adolescentes de 15 a 24 anos, dos 258 participantes da região Centro-Oeste, 23,3% (60) tem 17 anos, 22,1% (57) tem 18 anos, 9,7% (25) tem 19 anos, 8,9% (23) tem 20 anos, 5% (13) tem 22 anos, 4,3% (8) tem 15 anos, os demais apresentam um baixo quantitativo de participantes, que varia de 1 a 5, dentro das demais idades.

Em relação a cor, a maioria dos participantes (51,9% - 134) se declaram como pardos, 29,5% (76) como brancos e 16,3% (42) como negros. Apenas 1,9% (5) dos participantes se declaram amarelos e outros 0,4% (1) não responderam a essa pergunta. Ainda segundo os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde houve um aumento do percentual de pretos e pardos com o diagnóstico de Aids. Em 2023, negros representavam 60,7% (3.503 - 48,6% de pardos e 869 - 12,1% de pretos, e brancos, 33,6% (2.422) dos casos.

Quanto à escolaridade, 53,1% (137) dos participantes da pesquisa na região Centro-Oeste possuem Ensino Médio incompleto, enquanto 17,4% (45) dos participantes possuem Ensino Superior incompleto. Os participantes que possuem Ensino Médio completo corresponderam a 13,2% (34), enquanto os que possuem Ensino Superior completo corresponderam a 1,9% (5). Os participantes que possuem Ensino Fundamental completo e Ensino Fundamental incompleto corresponderam a 5,4% (14) e 7,0% (18), respectivamente. Nos últimos dez anos, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, a categoria com maior número de casos de Aids foram os indivíduos com Ensino Médio completo, representando 34,2% dos casos em 2022.

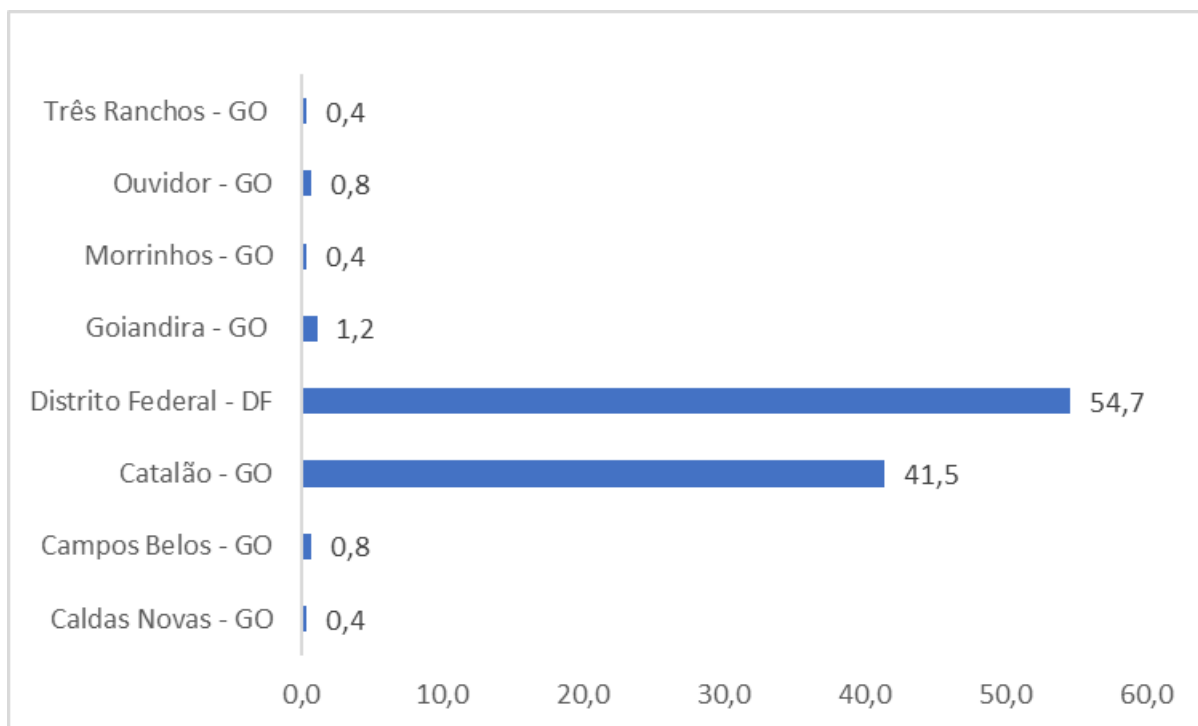
No que se refere a religião adotada pelos participantes da pesquisa destacamos as duas religiões mais frequentes: Evangélica (31,4% - 81) e católica (29,1% - 75). É importante destacar que 31,8% (82) dos participantes não possuem religião.

O dado referente a religião pode ter influência nos dados sobre vida sexual ativa (gráfico 2), segundo Paiva (2008), apesar dos poucos estudos que associam sexualidade e religião, dados indicam que a religiosidade tende a tornar-se tardio o início da vida sexual.

A independência financeira foi outro item abordado no questionário e grande parte dos participantes (81,8% - 211) depende financeiramente de outros indivíduos, enquanto 16,7% (43) possuem autonomia financeira. Apenas 1,6% (4) dos participantes não responderam essa pergunta. A maior parte dos participantes (83,3% - 215) reside com os pais, enquanto 16,3% (42) não residem. Outros 0,4% (1) não responderam a pergunta. O gráfico 1 apresenta a

distribuição percentual dos participantes da pesquisa na região Centro-Oeste em relação ao lugar onde nasceu ou onde reside. Nesse sentido, 54,7% (141) dos participantes nasceram ou residem no Distrito Federal - DF e 41,5% (107) em Catalão - GO. Os demais se distribuíram em outros municípios do estado de Goiás, tais como: Goiandira, Ouvidor, Campos Belos, Caldas Novas, Morrinhos e Três Ranchos.

Gráfico 1. Distribuição percentual (%) dos participantes da pesquisa na região Centro-Oeste em relação ao lugar onde nasceu ou onde reside, 2023.



Fonte: Elaboração própria. Comunicação Promotora de Saúde, 2023.

A adolescência era vista como a fase de menor risco de adoecimento e óbito, porém segundo Claro, *et. al.* (2006), nas duas últimas décadas têm-se notado um aumento de morbimortalidade nesse grupo populacional. Esse aumento é associado aos hábitos de vida pouco saudáveis, como alimentação, sedentarismo, a prevenção de doenças e promoção da saúde.

A frequência dos participantes da pesquisa na região Centro-Oeste que utilizam os serviços de saúde suplementar correspondeu a 26,7% (69), enquanto 73,3% (189) dos participantes utilizam o serviço público de saúde. Ainda em relação aos serviços de saúde, apesar de grande parte dos participantes utilizarem os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, apenas 32,9% (85) dos participantes frequentam alguma Unidade de Saúde da Família.

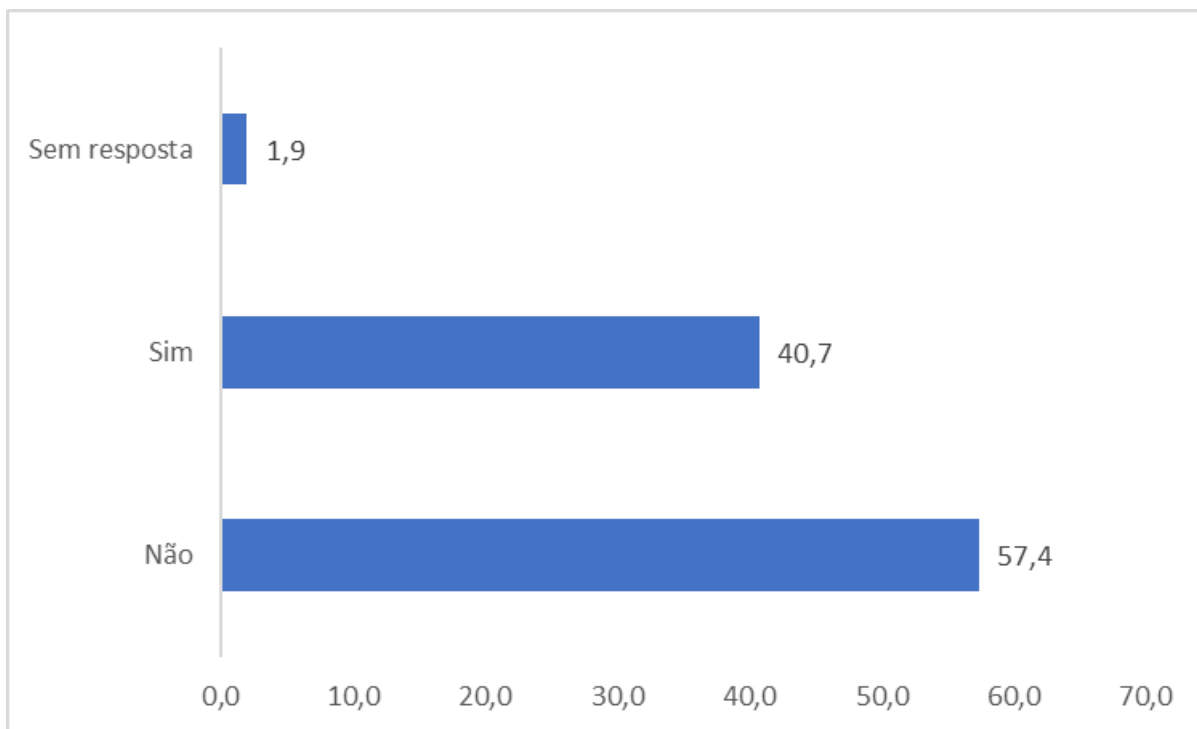
Klein *et. al.* (1998), em sua pesquisa, compartilhou que os jovens e adolescentes estão entre os que possuem menor probabilidade de acesso a cuidados de saúde, que influencia diretamente na baixa utilização dos cuidados primários. Com os dados coletados na pesquisa nacional podemos enfatizar que os jovens não frequentam as Unidades de Saúde da Família, o que gera uma lacuna das necessidades desse público no serviço e limita a criação de políticas de saúde que amparem e motivem o jovem a ir à unidade de saúde.

Martins *et. al* (2019), identifica em seu estudo que o processo de cuidado à saúde de jovens e adolescentes, enfatiza a necessidade de uma abordagem dialógica e horizontal entre usuário e profissionais, contribuindo e favorecendo o acolhimento e estabelecendo um vínculo efetivo de acesso à saúde.

Um questionamento importante é sobre o estado civil dos participantes, 207 (80,2%) definiram o estado civil como solteiro, 23 (8,9%) namorando, 5 (1,9%) casado/a ou mora junto, mas não configura uma união estável, e 18 (7%) se encontra em uma união estável. Segundo Alvarez (2019), os relacionamentos sexuais casuais (RSC), são vistos como relacionamentos sexuais sem comprometimento, que podem ser encontros com trocas porém sem perspectivas de continuidade, onde ambos não esperam algo a mais, a RSC pode envolver apenas beijos ou sexo com penetração, e pode ser entre pessoas desconhecidas ou amigos.

A partir do gráfico 2 é possível observar que a maior parte dos participantes da região Centro-Oeste (57,4%) não possui vida sexual ativa. Dos que possuem vida sexual ativa (40,7%), a maioria (65,7%) utiliza preservativo em relações sexuais.

Gráfico 2. Frequência (%) dos participantes da pesquisa na região Centro-Oeste que possuem vida sexual ativa, 2023.

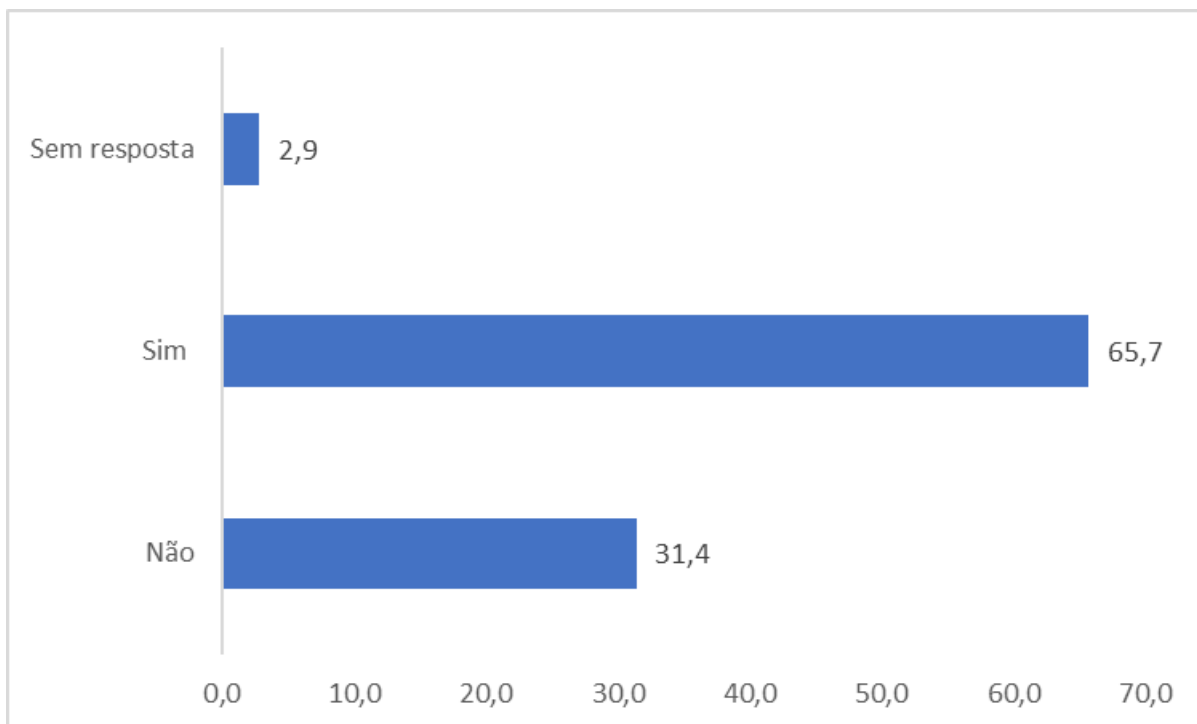


Fonte: Elaboração própria. Comunicação Promotora de Saúde, 2023.

Apesar da maioria (65,7% - 69) fazer uso do preservativo nas relações sexuais, é preocupante que 31,4% (33) dos participantes não adotem medidas para o sexo seguro. Segundo Paiva (2008), o início da vida sexual com o uso de contraceptivos e preservativos, têm evidenciado que adolescentes e jovens frequentemente optam por não os utilizar em determinadas circunstâncias. Isso ocorre quando iniciam sua vida sexual muito cedo e descrevem a primeira relação sexual como casual. No caso das adolescentes do sexo feminino, observa-se uma tendência semelhante quando elas têm parceiros mais velhos, com uma diferença de idade superior a sete anos, ou de gerações diferentes.

Mas a não adesão dos métodos preventivos não é uma característica somente de adolescentes e jovens. Na população adulta, verifica-se que existem diferenças significativas nos padrões de uso de preservativos, dependendo do tipo de vínculo estabelecido com o parceiro, classificado como casual ou fixo/estável. Os motivos associados à utilização e à não utilização de preservativos tendem a variar consideravelmente em cada uma dessas situações e podem ser analisados também no gráfico 3 (Paiva, 2008).

Gráfico 3. No caso de ter vida sexual ativa, frequência (%) dos participantes da pesquisa na região Centro-Oeste que utilizam preservativo/camisinha em relações sexuais, 2023.



Fonte: Elaboração própria. Comunicação Promotora de Saúde, 2023.

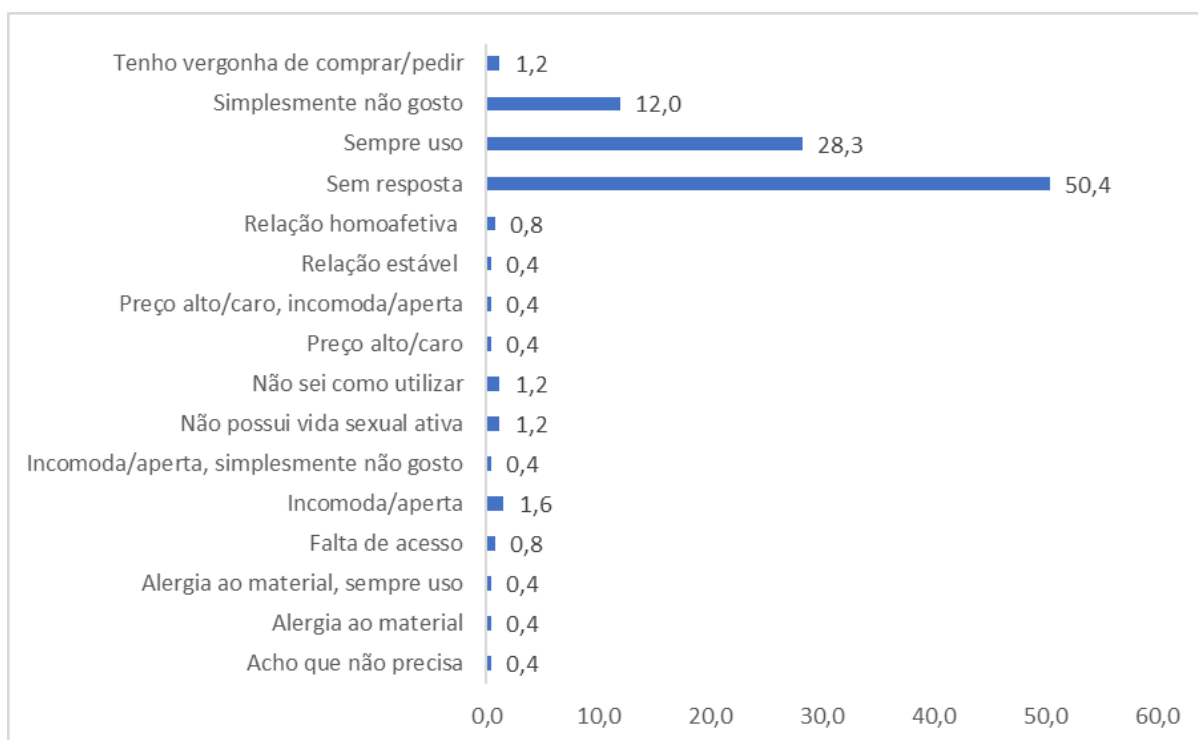
O gráfico 4 retrata os principais motivos ou dificuldades, segundo os participantes, para não utilizar preservativos. Dentre os itens, a opção “simplesmente não gosto” foi a mais frequente, representando 12,0% (31), seguida da opção “incomoda/aperta”, que representou 1,6% (4). Outros 28,3% (73) dos participantes disseram que sempre usam o preservativo. A maioria dos participantes (50,4% - 130) não respondeu a essa pergunta.

E associada ao uso de preservativo, perguntamos se eles tiveram alguma IST nos últimos 12 meses, 189 (73,3%) declarou que não teve, 68 (26,4%) participantes não responderam e um (0,4%) teve sífilis. Associado a essa pergunta, perguntou-se se eles já se testaram para alguma IST, quase metade dos participantes, 125 (48,4%) nunca fizeram teste, 98 (38,0%) não respondeu a pergunta, apenas 35 (13,6%) já realizou o teste, sendo: seis (2,3%) através do autoteste e em hospital, 11 (4,3%) em laboratório particular e Unidade Básica de Saúde e um (0,4%) em laboratório público.

As IST é uma das doenças inseridas na lista dos problemas de saúde pública do mundo, e atualmente está inserida como uma das pautas para do Comitê Interministerial para Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), programa do atual presidente. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016 estimou uma incidência de 376,4 milhões de casos de IST curáveis, entre elas as mais frequentes são: clamídia (127,2 milhões de casos) , gonorreia (86,9 milhões de casos) e sífilis (6,3 milhões de casos). Apesar dos dados serem alarmantes, nota-se uma falta de informação sobre os tipos de

IST, as formas de transmissão e principalmente o tratamento, podemos notar isso na baixa cobertura vacinal de HPV por exemplo, é importante fortalecer a intersetorialidade entre escolas, unidades de saúde e comunidade, para romper com a desinformação e a falta de informação quando o assunto é IST (Miranda, 2021). Talvez isso justifique a baixa adesão dos participantes da oficina na realização de testes como estratégia de prevenção de doenças e poderia ser visto como mais um incentivo para a importância do uso de preservativo nas relações sexuais, conforme o gráfico 4.

Gráfico 4. Frequência (%) dos principais motivos ou dificuldades, segundo os participantes da pesquisa na região Centro-Oeste, para não utilizar preservativos, 2023.



Fonte: Elaboração própria. Comunicação Promotora de Saúde, 2023.

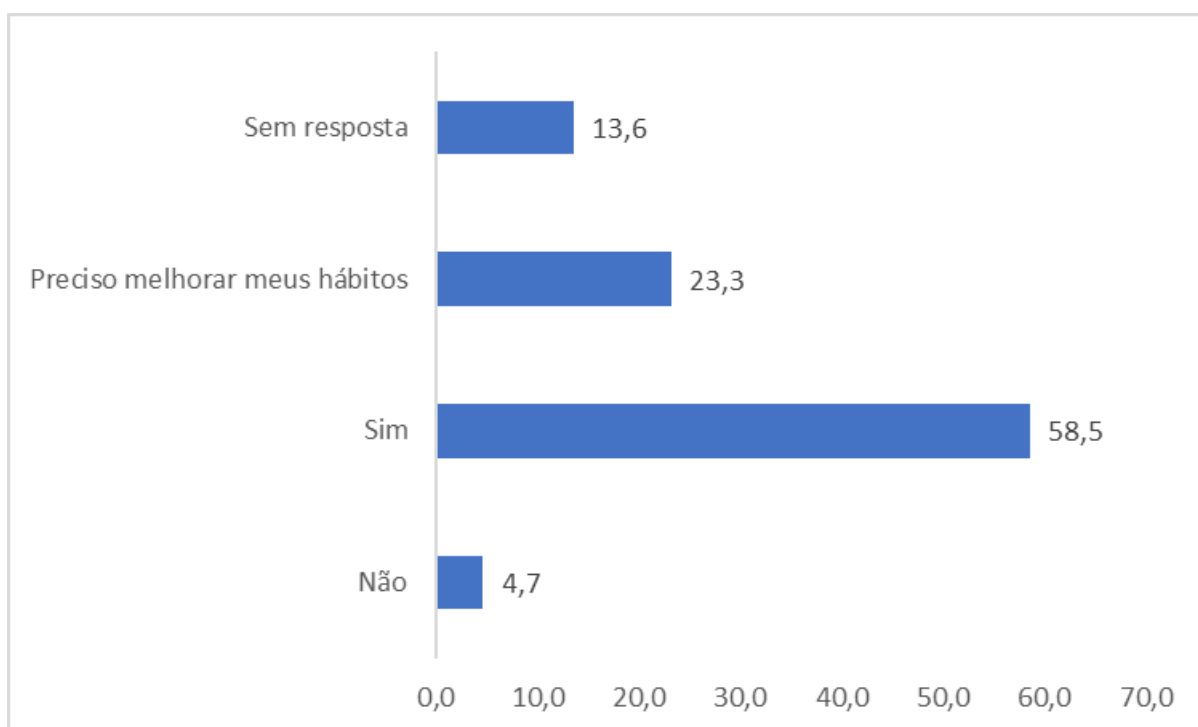
Com base no gráfico 4, podemos dialogar com o estudo de Lima (2016), que apresenta uma análise de negociação do uso do preservativo nas relações sexuais. A pesquisa identifica que a recusa pode estar associada às crenças populares, como redução de prazer e libido, ocasionando a impotência sexual na hora de colocar o preservativo; a fidelidade e a monogamia que dão a sensação de sexo seguro; ou o relato de que o preservativo aperta ou não tem do tamanho adequado.

A partir do gráfico 5 é possível observar a frequência dos participantes que consideram se prevenir corretamente contra as IST, representando 58,5% (151). Outros 23,3% (60) dizem precisar melhorar certos hábitos, enquanto 4,7% (12) declararam não se prevenir corretamente.

Segundo o site do Ministério da Saúde, o preservativo (ou o termo popular - camisinha) é o método preventivo mais conhecido, acessível e eficaz para prevenir HIV, IST (como sífilis e gonorreia) e alguns tipos de hepatites, além de prevenir gravidez precoce ou não planejada. Atualmente existem dois tipos de preservativos: a interna (que antes era conhecida como preservativo feminino) e a externa (conhecida como preservativo masculino).

Em 2023, o Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, publicou a Nota Técnica nº 107/2023, que orienta a ampliação da oferta e disponibilização de preservativos nos serviços de saúde do SUS e outros estabelecimentos que incluem os setores de assistência social, educação, cultura, dentre outros. Porém, a distribuição de preservativos nas unidades de saúde ocorre desde 2018.

Gráfico 5. Frequência (%) dos participantes da pesquisa na região Centro-Oeste que acham que se previnem corretamente contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2023.



Fonte: Elaboração própria. Comunicação Promotora de Saúde, 2023.

Quanto às novas tecnologias de prevenção conhecidas como PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) aprovada em 2012 e recomendada pelas diretrizes globais como estratégia de prevenção combinada do HiV em 2015, que possibilita o uso de forma programada evitando uma infecção pelo HIV no caso de uma exposição e a PEP (Profilaxia Pós-Exposição de Risco) que deve ser utilizada em até 72 horas pós exposição durante 28 dias, seja: violência sexual, relação sexual desprotegida e acidente com material perfurocortantes (Chiesa, 2022).

Sobre o conhecimento em relação a PrEP 79,8% (206), declararam não ter conhecimento sobre o medicamento, 15,5% (40) conhecem e 4,7% (12) não responderam. E ao perguntar sobre o uso do medicamento, 0,8% (2) já utilizou do medicamento, 92,6% (239) nunca fez uso e 6,6% (17) não responderam.

E sobre a PEP, 73,6% (190) não conhecem o medicamento, 22,9% (59) conhecem e 3,5% (9) não responderam. E sobre o uso do medicamento 93,4% (241) nunca utilizou, 1,9% (5) fez uso e 4,7% (12) não respondeu à questão.

O baixo conhecimento sobre a PrEP e PEP, pode ser associado à forma de divulgação e estratégias de comunicação utilizadas para informar o que é, para que serve, para além do público a qual o uso é direcionado. Mora (2022), enfatiza que faltam estratégias de divulgação da PEP, que eliminem os estigmas que são associados a “falha” no uso do preservativo, ou ao uso nas práticas de infidelidade e prostituição. Assim como, as estratégias para divulgação de PrEP é voltada para homens gays e bissexuais, e para populações, tidas como vulneráveis ao HIV, “como mulheres trans, trabalhadoras sexuais e gays/HSH de baixo poder aquisitivo” (Mora, 2022; p. 3). Acredita-se que as informações sobre a PrEP e a PEP circulam em meios específicos, quando deve ser uma informação para todos e todas, independente de orientação sexual e gênero.

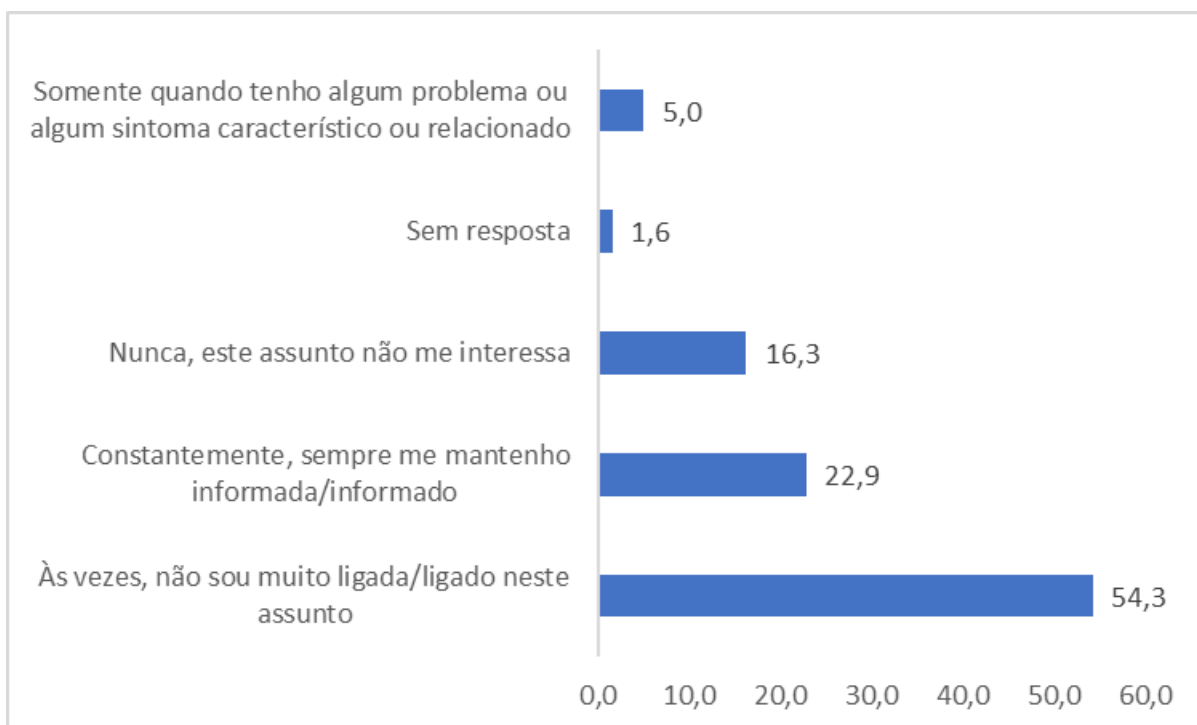
Em relação ao meio através dos quais os participantes da pesquisa recebem ou acessam informações acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis destacam-se as seguintes mídias: redes sociais (38,0%), sites da internet (12,8%) e televisão (10,9%). Nesse sentido, 67,8% dos participantes da pesquisa consideram que as informações sobre IST são acessíveis aos jovens de sua faixa etária e 69,0% consideram fácil encontrar informações sobre ISTs.

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), estão cada vez mais presentes em nosso cotidiano, conseguimos acessar uma informação e compartilhá-la em segundos chegando não só de norte a sul do Brasil, mas rodando o mundo. Com o advento da internet, diversos sujeitos podem ser produtores de conteúdo (pessoas, empresas, políticos, movimentos sociais, organizações e instituições), construindo e reconstruindo “saberes e não saberes das mais diversas áreas” (Leite, 2019; p. 13).

No entanto, apesar de ser um assunto considerado de fácil acesso, não é um assunto considerado interessante, visto que 54,3% (140) dos participantes da pesquisa não procuram sobre o assunto com frequência e dizem não ser “ligados” à temática. Outros 16,3% (42) dos participantes dizem que esse assunto não os interessa e, por isso, nunca buscam informações. Apenas 22,9% (59) dos participantes dizem se manter informados sobre as IST (Gráfico 6). A

frequência dos participantes da pesquisa na região que conhecem alguma página do Ministério da Saúde também foi questionada e a maior parte dos participantes (63,2% - 163) desconhecem as páginas do órgão e 8,3% (4) conhecem o site oficial e 2,1% (1) conhece o *Instagram*.

Gráfico 6. Frequência (%) dos participantes da pesquisa na região Centro-Oeste que possuem interesse e procuram informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2023.



Fonte: Elaboração própria. Comunicação Promotora de Saúde, 2023.

Apesar da disponibilidade de informações sobre IST em diferentes mídias, como redes sociais, sites da internet e televisão, os resultados indicam uma lacuna preocupante na conscientização e no engajamento dos jovens com a temática. Embora a maioria considere as informações acessíveis, a falta de interesse evidenciada por mais da metade dos entrevistados sugere a necessidade de uma abordagem mais eficaz na comunicação de saúde.

É crucial não apenas disponibilizar informações, mas também torná-las atrativas e relevantes para o público, visando aumentar a conscientização e promover comportamentos saudáveis. O baixo conhecimento sobre as páginas do Ministério da Saúde ressalta a importância de melhorar a divulgação e o acesso a recursos confiáveis de saúde pública, a fim de capacitar os jovens a tomarem decisões informadas sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

Os jovens avaliam que o tema IST e prevenção não é uma pauta do interesse deles (conforme gráfico 6), porém na questão seguinte eles identificam que falar sobre IST e prevenção nos meios em que frequentam ainda é um tabu, segundo 59,3% (153) dos jovens que

participaram da oficina, 36,4% (94) declararam que o assunto costuma circular com facilidade, e 4,3% (11) não responderam. E apesar de ainda ser um tabu, 56,2% (145) sentem liberdade para falar sobre o assunto com os pais/responsáveis, mas ainda identificamos um alto índice nos que não sentem liberdade 43,8% (113). Nem mesmo em seus meios eles costumam conversar sobre o assunto, 31,4% (81) declaram que às vezes conversam com os amigos sobre, 25,6% (66) responderam que sim e não.

Falar sobre HIV/Aids, IST e prevenção ainda é visto como um tabu, mesmo que vivamos em uma era digital onde a informação pode ser facilmente acessada de qualquer lugar e a qualquer momento, é importante buscarmos estratégias de educação e comunicação em saúde, que contribua com a prevenção de riscos e doenças, possíveis ameaças à saúde, incentivar mudanças de comportamento, apoiar a realização de exames preventivos, divulgar informações sobre saúde e doenças, compartilhar dados sobre exames e resultados, fornecer orientações sobre medicamentos, e indicar medidas preventivas e de autocuidado (Teixeira, 2004).

Esses conhecimentos não necessariamente precisam ser compartilhados só por profissionais com domínio sobre o assunto seja ele técnico ou formação acadêmica na área da saúde; em algumas situações, uma abordagem técnica pode ser útil, porém, ao traduzir a informação para uma linguagem mais acessível e condizente com a realidade de cada indivíduo, ela pode ser compreendida com base na perspectiva de mundo de cada um (BIZZO, 2002). E aproximando o diálogo entre pares com base em suas vivências e tornando-os parte do processo de conhecimento.

Enfatizando a importância do diálogo e do protagonismo nas ações de educomunicação, é importante saber se as peças de comunicação do Ministério da Saúde, como fonte oficial de informação chegam até os jovens e como eles avaliam o conteúdo ali compartilhado, conforme tabela 1.

Tabela 1. Avaliação das peças de comunicação com o uso do EducaIndex na região Centro-Oeste no período de abril a setembro de 2023.

Centro-Oeste	TOTAL	VÍDEO	JINGLE	CARTAZ
Qualidade ótima	4 (8,3%)	0 (0%)	3 (18,8%)	1 (6,3%)

Qualidade boa	27 (56,3%)	8 (50%)	7 (43,8%)	12 (75%)
Qualidade regular	10 (20,8%)	6 (37,5%)	4 (25%)	0 (0%)
Qualidade baixa	7 (14,6%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	3 (18,8%)

Fonte: Elaboração própria. Comunicação Promotora de Saúde, 2023.

A tabela 1, permite analisar a avaliação dos jovens em relação às três peças de comunicação produzidas pelo Ministério da Saúde. Na classificação geral do EducaIndex, os jovens consideram que a peça de menor qualidade é o vídeo e a de melhor qualidade o jingle. Porém, ao analisarmos os eixos de maneira individual a classificação vai sendo alterada.

No *eixo conceitual*, foram avaliadas duas variáveis, sendo: a importância e o conteúdo, os critérios buscavam identificar a possibilidade de utilizar os materiais em atividades de ensino; se apresenta informações que justifiquem a importância do assunto; a linguagem utilizada; a compreensão do conteúdo; e o volume de informações apresentadas. Nesse eixo a peça melhor avaliada foi o cartaz e a pior o jingle.

O *eixo pedagógico* é composto por três variáveis, sendo: a **facilidade de uso** do material que tem como critérios- a aprendizagem em diferentes contextos e situações, e a possibilidade de usar o material em diferentes espaços de práticas educativas; a **segunda variável** é sobre a **aplicação do material** - referente a abordagem temática e a mudança de atitudes da população de jovens, o estímulo para buscar novas informações sobre o tema; a **terceira variável** é sobre a **adequação ao público que se destina** - que avalia sobre a sexualidade (sexo, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, afetividades), a representatividade cultural (costumes, crenças, valores, língua, religião, raça e etnia), e as condições socioeconômicas (renda, escolaridade, ocupação, composição familiar, acesso a serviços de saúde, moradia). Nesse eixo, a peça mais bem avaliada foi o cartaz e a pior o vídeo.

O último *eixo* é o *comunicacional*, que tem duas variáveis: a primeira é referente a disponibilidade, que avalia se o material é acessado facilmente nas diferentes mídias e canais de comunicação (sites, links, impresso), e se o material é acessível a pessoas com deficiências (auditiva, visual ou intelectual). A segunda variável é sobre a linguagem, que tem como critérios avaliativos: a interação com o público favorecendo a aprendizagem sobre o tema; se o material contém informações ou afirmações que favorecem a aceitação, a inclusão social e o respeito à diversidade; e se as imagens, ilustrações, personagens, desenhos e expressões verbais e/ou

textuais utilizadas são adequadas ao público que se destina. Com base nesses critérios apresentados, a peça melhor avaliada foi o vídeo e a pior o cartaz.

Considerações Finais

Com base nos resultados e discussões apresentados, é possível concluir que há uma necessidade urgente de intervenções direcionadas à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/Aids, entre jovens na região Centro-Oeste. Os dados revelam uma falta de conhecimento significativo sobre medidas preventivas, como o uso de preservativos e o acesso a informações sobre métodos de prevenção, como a PrEP e a PEP.

A predominância de participantes do sexo masculino e a alta proporção de indivíduos heterossexuais na pesquisa contrastam com os dados epidemiológicos que indicam uma categoria de exposição predominante entre homens homossexuais e bissexuais nos casos detectados de Aids. Isso sugere uma possível falta de conscientização e acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva por parte desses grupos.

A baixa frequência de utilização das Unidades de Saúde da Família, apesar da predominância do uso do serviço público de saúde, indica uma lacuna na oferta de serviços adaptados às necessidades dos jovens e adolescentes, que pode comprometer a detecção precoce e o tratamento de IST.

Além disso, a falta de conhecimento sobre métodos preventivos, como a PrEP e a PEP, destaca a necessidade de intensificar as campanhas de conscientização e educação em saúde, utilizando canais de comunicação acessíveis aos jovens, como redes sociais e sites da internet.

Os resultados deste estudo apontam para a importância de estratégias de educação e comunicação em saúde direcionadas aos jovens, com foco na promoção do uso de preservativos, acesso a informações sobre métodos de prevenção e incentivo à busca por serviços de saúde sexual e reprodutiva, visando reduzir a incidência de IST, incluindo HIV/Aids, e promover uma melhor qualidade de vida para essa população a partir de materiais produzidos direcionadamente, analisando aspectos culturais e etários, linguagens, formatos, duração e canais que melhor dialogam com as pessoas, famílias e comunidades, em particular, os jovens.

Referência Bibliográfica

ALVAREZ, Maria-João; GARCIA, Marta; PEREIRA, Cicero Roberto. A diversidade dos relacionamentos casuais e suas características. **Psicologia**, v. 33, n. 2, p. 9-26, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/47459/1/v33n1a02.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico número especial: HIV e Aids 2023, 2023.

BRASIL. Nota técnica nº 107/2023- CGAHV/DATHI/SVSA/MS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/sei_ms-0033530693-nota-tecnica.pdf/view

CLARO, Lenita Barreto Lorena *et al.* Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1565-1574, 2006.

CHIESA, Poliana *et al.* Profilaxia pré-exposição (PrEP) e as prevenções combinadas para redução da epidemia do HIV no Brasil: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 39075-39088, 2022.

DE OLIVEIRA, Márcia Farsura; COTA, Luiz Gustavo Santos. A pedagogia freiriana nas práticas de educação em saúde. *Diversitates International Journal*, v. 10, n. 1, p. 46-58, 2018. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/244/137>. Acesso em nov. de 2023

DE OLIVEIRA SOARES, Ismar. Educomunicação: um campo de mediações. **Comunicação & Educação**, n. 19, p. 12-24, 2000.

DE SOUSA GONÇALVES, Romário *et al.* Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5811-5817, 2020. Disponível: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11122>

DOMINIQUE, Wolton D. **Informar não é comunicar**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

FREIRE, Maria TM; CARVALHO, Denise Werneck. Educomunicação: construção social e desenvolvimento humano—um relato de pesquisa. **Seminário de Educação na Região Sul**,

2012.

Disponível

em:

<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/paper/viewFile/2381/902>

GRANT, Alison D.; DE COCK, Kevin M. *HIV infection and AIDS in the developing world*. **Bmj**, v. 322, n. 7300, p. 1475-1478, 2001.

KLEIN, Jonathan D.; MCNULTY, Molly; FLATAU, Claudia N. Adolescents' access to care: teenagers' self-reported use of services and perceived access to confidential care. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, v. 152, n. 7, p. 676-682, 1998. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/189692>

LEITE, Ana Paula da Mota. A alfabetização midiática e informacional em tempos de fake news e o legado de Paulo Freire. **Paulo Freire em tempos de fake news: artigos e projetos de intervenção produzidos durante o curso da EaD Freiriana do Instituto Paulo Freire**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, p. 12-18, 2019. Disponível em: <https://www.gazetavaleparaibana.com.br/PauloFreire.pdf#page=12>

LIMA, Maísa Gonçalves et al. CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE SEXUALIDADE ENTRE UNIVERSITÁRIAS: UMA ANÁLISE DA NEGOCIAÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2fce/791a4e65adfc8f565ce8277a27e955fb0fa8.pdf>

MARTINS, Maísa Mônica Flores et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00044718, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hmf6CWrkQ89yKvgMKqJXrLJ/>

MENDONÇA, Ana Valeria M. Informação e Comunicação para o Sistema Único de Saúde no Brasil: uma política necessária. In: **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. 2014. p. 701-719.

MIRANDA, Angélica Espinosa et al. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/4PN8LTxznTgSGZwnvVrvYFH/?lang=pt>

MORA, Claudia; NELVO, Romário; MONTEIRO, Simone. Peças de comunicação governamentais sobre as profilaxias pré (PrEP) e pós-exposição (PEP) ao HIV (2016-2019): análise de seus conteúdos e circulação entre gays, mulheres trans/travestis e trabalhadoras

sexuais. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e210855pt, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2022.v31n4/e210855pt/pt>

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). **HIV statistics, globally and by WHO region, 2023**. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics&sa=D&source=docs&ust=1706856397231904&usg=AOvVaw3OoxdTtYnqlXpt2CjV2REF> . Acesso em 02 fev. 2024.

PAIVA, Vera et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 45-53, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HrWN86BQ6NQgrH3HMf7TL3r/?format=html&lang=pt>

ROTHBERG, Danilo *et al.* Qualidade da comunicação promotora da saúde: como avaliar? Proposta de instrumento de avaliação de campanhas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e220004, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2022.v26/e220004/>

TEIXEIRA, Ana Maria Ferreira Borges et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1385-1396, 2006. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v22n7/04.pdf

Considerações finais

Até quando falar sobre HIV/Aids, sexo e principalmente prevenção será visto como um tabu? Antes de rompermos as barreiras de acesso a tecnologia e a informação qualificada, precisamos romper a barreira da desinformação.

A pesquisa mostrou a necessidade de fortalecer a intersectorialidade, não só entre a educação e a saúde, mas entre os diversos setores, que envolvam não só o sujeito, mas também a comunidade na qual ele está inserido.

A comunicação e a educomunicação permitem o fortalecimento das ações para a apropriação da informação sobre diversos temas, e com a alfabetização midiática informacional mais pessoas terão voz para se expressarem com informação de qualidade.

Porém é importante, que o processo de alfabetização midiática envolva os gestores de políticas e tomadores de decisões no âmbito nacional, regional e internacional, assim como os profissionais e instituições que trabalham diretamente com o processo de formação. Com a inserção da AMI, teremos uma sociedade civil informada e ativa, com usuários individuais responsáveis, éticos e eficientes, educadores que utilizam informações baseadas em evidências não só científicas, mas também de vida, e educadores capazes de adaptar seus métodos de ensino para as mudanças sociais e de trabalho.

Durante a pesquisa, identificou-se alguns desafios, como, a dificuldade de mobilizar participantes nas oficinas, ao mencionar o tema da oficina, alguns ficam tímidos, outros já ficam mais expressivos e acabam “monopolizando” a oficina, o que acaba inibindo a participação dos mais reservados.

Outro desafio de mobilização são os locais para realização, identificou-se que a escola era um bom espaço para a realização da oficina, porém paralelo a isso, notamos que muitas escolas não abordam a temática por ser tabu e por represália dos pais e responsáveis.

O que reforça a necessidade e importância de se levar esses assuntos para o ambiente escolar, onde os jovens se sentem seguros em receber informação e até mesmo compartilharem suas vivências.

É necessário utilizar as TICs como aliadas no processo de informação, devido ao avanço e diversidade tecnológica que vivemos e que seguirá em desenvolvimento, viabilizando uma comunicação direcionada a cada geração e grupo etário no meio na qual está inserido seja ele virtual ou real.

A pesquisa mostra a importância de dar voz a população, para que eles passem de receptor da informação, para protagonistas do processo de comunicar, mostrando as reais

necessidades e como querem ser vistos, para que assim possam se identificarem nas campanhas produzidas por instituições e órgãos governamentais, tornando-os multiplicadores da informação, educação e comunicação.

Os achados desse estudo destacam a necessidade de adotar abordagens educativas e comunicativas voltadas para os jovens, com ênfase no uso de preservativos, na disseminação de informações sobre métodos de prevenção e na promoção do acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Essas medidas têm o propósito de diminuir a ocorrência de Infecções Sexualmente Transmissíveis, incluindo o HIV/Aids, e de fomentar uma qualidade de vida mais elevada entre essa faixa etária. É essencial desenvolver materiais específicos que considerem os aspectos culturais e etários, além de escolher linguagens, formatos, duração e canais de comunicação que sejam mais eficazes para se conectar com os jovens, suas famílias e comunidades.

Referências

ARAÚJO, Inesita Soares. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BARDLN, Lawrence. Análise de conteúdo. **Lisboa: edições**, v. 70, p. 225, 1977. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54310858/LAURENCE_BAROIN-livro_analise-libre.pdf?1504274000=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLAURENCE_BAROIN_livro_analise.pdf&Expires=1699051722&Signature=TSedjRVL8yD4rLdjVyWgNWjkbitH1wpmDLkFp~zuPfd9zwc6l-U-PA7RJw05Q0MkoZbvYNNzK-h~-o08tAZ8gs2Txcu9MYJJ3EGRP82GYx-HKClBbnDpRg-h8HrEBZBd~vWNYjXJiKDl5~yxuQFiTEotvA06~HnAFE6V9lMeAJQjOdq9Q8Fdkxv~3b8wfmDQB04asbeXTQgsKm0DAdc7PhJeVke44uphOpOMt~vwWLiynwMIkVarOTuJvi~cZ7vqfmjqHI22TPib-Ot56a3q8rC2fag2wE9BezL4KD2JgJ1y3VldeDNKe3GisF1AT0xPKbQ-PB3Ufq5RTDEnExiQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

BIZZO, Maria Letícia Galluzzi. Difusão científica, comunicação e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 307-314, 2002. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v18n1/8167.pdf

BORDENAVE, Juan Díaz. A pedagogia da problematização na formação dos profissionais de saúde. **Folha de São Paulo**, p. 1-9, 2003. Disponível em: https://lume-re-demonstracao.ufrgs.br/eps/assets/pdf/metodologia_de_ensino_aprendizagem.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST-AIDS. [Internet]. s.d. [Cited 2023 out. 23]. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf

BRASIL, Representação da UNESCO. Declaração universal dos direitos humanos. 1998. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/introduo-aos-direitos-humanos-apostila02.pdf>

BRASIL, Constituição Federal de 1988, disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm

BRASIL. Ministério da Educação. Base nacional comum curricular. Brasília, DF: MEC, 2015. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf

Declaração de Grünwald. Disponível em: <https://milobs.pt/wp-content/uploads/2018/06/Declaracao-de-Grunwald.pdf>

DONATO, Ausonia Favorido; ROSENBERG, Cornélio Pedroso. Algumas idéias sobre a relação educação e comunicação no âmbito da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 12, p. 18-25, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3LPSCkXmznYnKmmDwV6MNVw/?format=pdf&lang=pt>

CETIC. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros : TIC Domicílios 2022 [livro eletrônico] = *Survey on the use of information and communication technologies in Brazilian households : ICT Households 2022* / [editor] Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. -- 1. ed. -- São Paulo : Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2023. Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20230825143720/tic_domicilios_2022_livro_eletronico.pdf

CLEMENTI, Juliana Augusto et al. Mídias sociais e redes sociais: conceitos e características. **SUCEG-Seminário de Universidade Corporativa e Escolas de Governo**, v. 1, n. 1, p. 455-466, 2017. Disponível em: <https://anais.suceg.ufsc.br/index.php/suceg/article/view/80/33>

CONCEIÇÃO, Dannicia Silva et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15195>

CORCORAN, N. Teorias e modelos na comunicação de mensagens de saúde. In: *Comunicação em Saúde: estratégias para promoção de saúde*. 2011.

CORIOLANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1356-1369, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TtztQ9sMg/>

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa** . Penso Editora, 2015.

DA SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. Edições Loyola, 2002.

DE BELO, Pesquisa da Santa Casa et al. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e Aids. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/BF5zwWCr5TSXhTY8szh96Nw/?format=pdf&lang=pt>

DE OLIVEIRA, Márcia Farsura; COTA, Luiz Gustavo Santos. A pedagogia freiriana nas práticas de educação em saúde. *Diversitates International Journal*, v. 10, n. 1, p. 46-58, 2018. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/244/137>

DE SOUSA, Adelaine Maria et al. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/119/120>

DE SOUSA GONÇALVES, Romário et al. Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5811-5817, 2020. Disponível: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11122>

DOMINIQUE, Wolton D. Informar não é comunicar. **Porto Alegre: Sulina**, 2010.

DONATO, A. F. Comunicação e saúde na prática educativa. In: Boletim do Instituto de saúde: Educação, comunicação e participação em saúde. Vol. 18 nº 2. São Paulo: Bela Vista, 2017, cap. 3, p. 23-29

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & saúde coletiva*, v. 19, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n3/847-852/pt>

FRANÇA, Tania; RABELLO, Elaine Teixeira; MAGNAGO, Carinne. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 106-115, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GsRWdhS9VztCddQjNT46RkN/>

FREIRE, Maria TM; CARVALHO, Denise Werneck. Educomunicação: construção social e desenvolvimento humano—um relato de pesquisa. **Seminário de Educação na Região Sul**,

2012.

Disponível

em:

<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/paper/viewFile/2381/902>

FREITAS, José Vicente. Educomunicação: contextualizando o processo de atribuição de sentidos e significados no delineamento do conceito. **Revista Brasileira de Educação Ambiental (RevBEA)**, v. 10, n. 2, p. 149-162, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.unifesp.br/index.php/revbea/article/view/2072/1374>

GRIZZLE, Alton et al. Alfabetização midiática e informacional: diretrizes para a formulação de políticas e estratégias; resumo sobre as políticas da AMI. 2016. Disponível em:

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246386?posInSet=4&queryId=aa7eb44b-e4c9-4dca-8599-a716788c1a65>

LEITE, Ana Paula da Mota. A alfabetização midiática e informacional em tempos de fake news e o legado de Paulo Freire. **Paulo Freire em tempos de fake news: artigos e projetos de intervenção produzidos durante o curso da EaD Freiriana do Instituto Paulo Freire. São Paulo: Instituto Paulo Freire**, p. 12-18, 2019. Disponível em:

<https://www.gazetavaleparaibana.com.br/PauloFreire.pdf#page=12>

MACHADO, D.; LACERDA, J. educomunicação comunitária em saúde atuando na prevenção das DST/AIDS. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación, [S. l.]*, v. 10, n. 19, 2014. Disponível em: <http://revista.pubalaic.org/index.php/alaic/article/view/148>. Acesso em:

3 nov. 2023. Disponível em: <http://revista.pubalaic.org/index.php/alaic/article/view/148>

MATTOS, Renan Satons. O mal do século—A Aids e o Rock Brasil. In: **I Seminário Internacional História do Tempo Presente-ISSN 2237 4078**. 2014. Disponível em:

<https://eventos.udesc.br/ocs/index.php/STPII/stpi/paper/view/262/0>

MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde (livro eletrônico), 2021. **Brasília, DF: EcoS**. Disponível em: https://ecos.unb.br/wp-content/uploads/2021/08/MTPQS_03, v. 8.

MENDONÇA, Ana Valéria Machado. O papel da comunicação em saúde no enfrentamento da pandemia: erros e acertos. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.).

Competências e regras. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 164-179. (Coleção Covid-19, v. 3). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3-competencias-e-regras/>. Acesso em: 28 abr. 2021. Disponível em:

<http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/40912>

MENDONÇA, Ana Valeria M. Informação e Comunicação para o Sistema Único de Saúde no Brasil: uma política necessária. In: **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. 2014. p. 701-719.

OLIVEIRA-COSTA, Mariella Silva de et al. **Parem as máquinas! A gente não quer só comida: análise da alimentação como pauta jornalística**. 2017. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23530>

DE OLIVEIRA SOARES, Ismar. Educomunicação: um campo de mediações. **Comunicação & Educação**, n. 19, p. 12-24, 2000. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/36934/39656>

REIS, Ana Catarina et al. Relação entre a sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção pelo HIV e Aids= *Relationship among psychopathological symptoms, treatment adherence and quality of life in HIV/AIDS Infection*. 2010. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/39305/2/86128.pdf>

RACHID, M., & Schechter, M. (2017). *Manual de HIV/aids*. Thieme Revinter Publicações LTDA.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 77-85, 2012. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/64cb/ebb533ec175531b7883f5d0bf83ce338610a.pdf>

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Educação sanitária e o Serviço Especial de Saúde Pública (1942-1960): a doença não conhece fronteiras. **Hist. Enf. Rev. Eletr**, v. 2, p. 105-125, 2011. Disponível em: <https://here.abennacional.org.br/here/vol2num2artigo8.pdf>. Acesso em: 29 de jan. de 2024.

REIS, Deise Moreira et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v15n1/a32v15n1.pdf>

ROTHBERG, Danilo et al. Qualidade da comunicação promotora da saúde: como avaliar? Proposta de instrumento de avaliação de campanhas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 26, p. e220004, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2022.v26/e220004/#>

SALCI, Maria Aparecida et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 224-230, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VSDJRgcjGyxnhKy8KvZb4vG/?lang=pt>

SOARES, Ismar de Oliveira; VIANA, Claudemir Edson; FERREIRA, Irma Teresinha Rodrigues Neves. Educomunicação nas políticas públicas de saúde no estado de São Paulo:

Projeto Educom. Saúde-SP* em tempos de COVID-19. **BEPA-Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 18, n. 208, p. 22-31, 2021.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**, v. 1, p. 11-22, 1993. Disponível: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_10993.pdf

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. S07-S19, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/j4jKSr4MQbtxnRgJgwkj5H/?lang=pt>

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. **Análise Psicológica**, p. 615-620, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>

UNESCO. Marco de Avaliação Global da Alfabetização Midiática e Informacional: Disposição e Competências do País. 2016. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246398?posInSet=5&queryId=aa7eb44b-e4c9-4dca-8599-a716788c1a65>

UNESCO. Grunwald Declaration. Unesco: Grunwald (Alemanha), 1982. Disponível em: (<https://milobs.pt/wp-content/uploads/2018/06/Declaracao-de-Grunwald.pdf>)

UNESCO, *International Federation of Library Associations And Institutions (IFLA)*; *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)*. *Beacons of the Information Society: The Alexandria Proclamation on Information Literacy and Lifelong Learning*, Alexandria, 2005. Disponível em: <https://www.ifla.org/wp-content/uploads/2019/05/assets/wsis/Documents/beaconinfsoc-pt.pdf>

XAVIER, Caco. Mídia e saúde, saúde na mídia. **Caderno mídia e saúde pública. Belo Horizonte: escola de Saúde Pública/FUNED**, v. 1, p. 43-55, 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6799339/mod_resource/content/2/CADERNO%20M%C3%8DDIA%20E%20SA%C3%9ADE%20P%C3%9ABLICA.pdf#page=43

We Are Social. The global state of digital [Internet]. 2023 [acesso 2023 out 30]. Disponível em <https://wearesocial.com/us/blog/2023/10/digital-2023-october-global-statshot-report/>

Apêndice

Apêndice A – Perfil Sociodemográfico dos participantes



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde

Questionário

1. Município e Unidade da Federação de origem: _____
2. Sua identidade de gênero é (escolha uma das seguintes respostas):
() Mulher () Homem
() Outros: _____
3. Qual a sua orientação sexual?
() homem cis heterossexual () mulher cis heterossexual () homem cis gay
() mulhercis lésbica () bissexual () intersexo () gênero fluido
() homem trans () mulher trans () pansexual () assexual
() outra: _____
4. Qual a sua data de nascimento? _____
5. Considerando a classificação do quesito cor estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como você se define?
() Negro/a () Branco/a () Pardo/a () Amarelo/a () Indígena
() Outros: _____
6. Em relação a sua vida afetiva, como você se considera?
() Casado/a () Em união estável () Divorciado/a,
separado/a () Solteiro/a () Moro junto
(não configurando união estável)
() Viúvo/a
7. Qual é o seu grau de escolaridade?
Diga o total de anos que você passou estudando _____
() Ensino fundamental completo
() Ensino fundamental incompleto
() Ensino médio completo
() Ensino médio incompleto
() Ensino superior completo

Realização

Financiamento

Parceiros



- Ensino superior incompleto
- Pós-graduação (especialização)
- Pós-graduação (mestrado, doutorado)
- Outros: _____

8. Qual é a sua religião?

- Afro-brasileira Católica
- Evangélica Espírita()
- Nenhuma
- Outros: _____

9. Você é independente financeiramente?()

- Sim ()
- Não

10. Você mora com os pais?

- Sim Não

11. Qual a sua profissão?

12. Utiliza serviços de saúde suplementar (plano de saúde - privado)?

13. Você frequenta alguma unidade de saúde da família?() Sim () Não

Se sim, qual? _____

14. Você tem vida sexual ativa?

- Sim Não

15. Você utiliza preservativo/ camisinha nas suas relações sexuais?() Sim () Não

16. Nas suas relações sexuais, você é adepta/adepto das práticas de *bareback* (sexo sem preservativo)?

- Sim Não

17. Qual o principal motivo ou dificuldade você aponta para não utilizar preservativos?

- preço alto/caro falta de acesso alergia ao material não sei como utilizar
- tenho vergonha de comprar/pedir incomoda/aperta simplesmente não gosto
- sempre uso outros: _____

18. Você teve alguma Infecção Sexualmente Transmissível nos últimos 12 meses? Se sim, qual?() HIV () Sífilis () Hepatite B () Hepatite C () Herpes () HPV () Gonorreia () Clamídia () Tricomoníase () HTLV () Não/Nunca tive

19. Se você já teve alguma Infecção Sexualmente Transmissível, onde tratou?

- Não tratei Tratei no serviço de saúde Tomei medicamento por conta

própria ou por indicação de amigos/conhecidos () Tratei na Farmácia () Não me lembro

20. Você já se testou para alguma Infecção Sexualmente Transmissível? Se sim, onde e como? () Hospital () Laboratório particular () Laboratório público () CTA/SAE
() Em campanhas () Através do autoteste para HIV () Não/Nunca me testei
21. Se você já se testou para alguma Infecção Sexualmente Transmissível, pode dizer qual foi? () HIV () Sífilis
() Hepatite B () Hepatite C () Outras:
-

22. Você sabia da existência da Profilaxia Pós-exposição contra o vírus HIV? () Sim () Não

23. Você já utilizou a PeP – Profilaxia Pós-exposição contra o vírus HIV? () Sim () Não

24. Você sabia da existência da PReP – Profilaxia Pré-exposição contra o vírus HIV? () Sim () Não

25. Você já utilizou ou utiliza a PReP – Profilaxia Pré-exposição contra o vírus HIV? () Sim () Não

26. Por qual meio ou veículo de comunicação você recebe ou acessa informações acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis?
() Televisão () Rádio () Jornal Impresso () Revistas () Redes Sociais () Sites da Internet () Livros acadêmicos () Artigos científicos
() Outros: _____

27. Você acha que as informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis são acessíveis aos jovens da sua faixa etária, ou seja, entre 18 e 25 anos?
() Sim
() Não

28. Você encontra informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis com facilidade? () Sim () Não

29. Você tem interesse e procura informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis: () Constantemente, sempre me mantenho informada/informado
() Às vezes, não sou muito ligada/ligado neste assunto
() Somente quando tenho algum problema ou algum sintoma característico ou relacionado () Nunca, este assunto não me interessa

30. Você tem liberdade para conversar assuntos relacionados à sexualidade e às Infecções Sexualmente Transmissíveis com seus pais e/ou responsáveis?

Sim Não

31. Nos espaços onde você costuma frequentar, como escola/universidade, centros de convivência, festas, reuniões de amigos e outros eventos sociais, você acha que a informação sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis e a prevenção delas costuma circular com facilidade ou enfrenta dificuldades e tabus?

Costuma circular com facilidade Enfrenta dificuldades e tabus

32. Você acha que se previne corretamente contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis? Sim Não Preciso melhorar meus hábitos

33. Você conhece alguma página do Ministério da Saúde?

Sim Não Qual página? _____

34. Você conversa com os seus amigos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis? Sim Não às vezes

35. Onde você busca informações sobre saúde? _____

Apêndice B - Instrumento EducaIndex

MATRIZ PARA AVALIAÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS ¹			
EIXOS	VARIÁVEIS	CRITÉRIOS	GRADUAÇÃO/ PARÂMETROS
CONCEITUAL Máx.: 6 pontos	IMPORTÂNCIA (0 a 3 pontos)	a) O material é adequado para ser utilizado em atividades de ensino? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos b) O material educativo apresenta informações ou dados que permitem justificar a relevância da temática? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos c) A linguagem utilizada permite a rápida compreensão dos conteúdos abordados no material? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos	() Alta importância do material: todas positivas () Média importância do material: duas positivas () Baixa importância do material: somente uma ou nenhuma positiva Total da “IMPORTÂNCIA”: _____ pontos
	CONTEÚDO (0 a 3 pontos)	a) O conteúdo é de fácil entendimento? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos b) O conteúdo do material é fundamentado nos conhecimentos produzidos sobre o tema? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos c) O conteúdo possui um volume de informações adequado para o público estratégico? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos	() Alta adequação do conteúdo: todas positivas () Média adequação do conteúdo: duas positivas () Baixa adequação do conteúdo: somente uma ou nenhuma positiva Total do “CONTEÚDO”: _____ pontos
PEDAGÓGICO Máx.: 7 pontos	USABILIDADE/ FACILIDADE DE USO (0 a 2 pontos)	a) O material permite a aprendizagem em diferentes contextos e situações? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos b) O material pode ser utilizado em diferentes espaços de práticas educativas? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos	() Alta usabilidade: todas positivas () Média usabilidade : somente uma positiva () Baixa usabilidade: nenhuma positiva Total da “USABILIDADE”: _____ pontos
	APLICABILIDADE/APLICAÇÃO (0 a 2 pontos)	a) A abordagem da temática favorece a mudança de atitudes e comportamentos por parte do público alvo? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos b) O material estimula o público alvo a buscar mais informações, orientações ou conteúdos relacionados ao tema abordado?	() Alta aplicabilidade : todas positivas () Média aplicabilidade: somente uma positiva () Baixa aplicabilidade: nenhuma positiva Total da “APLICABILIDADE”: _____ pontos

		() Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos	
	ADEQUAÇÃO AO PÚBLICO A QUE SE DESTINA (0 a 3 pontos)	<p>a) O material educativo abordou a sexualidade (sexo, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, afetividades)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos</p> <p>b) O material educativo abordou aspectos culturais (costumes, crenças, valores, língua, religião, raça e etnia)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos</p> <p>c) O material educativo considerou as condições socioeconômicas (renda, escolaridade, ocupação, composição familiar, acesso a serviços de saúde, moradia)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos</p>	<p>() Alta adequação ao público: todas positivas () Média adequação ao público: duas positivas () Baixa adequação ao público: somente uma ou nenhuma positiva</p> <p>Total da “ADEQUAÇÃO AO PÚBLICO”: _____ pontos</p>
	DISPONIBILIDADE (0 a 2 pontos)	<p>a) O material é acessado facilmente em diferentes mídias e canais de comunicação (sites, links, impresso)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos</p> <p>b) O material está acessível para pessoas com deficiências (auditiva, visual ou intelectual)? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos</p>	<p>() Alta disponibilidade: todas positivas () Média disponibilidade: somente uma positiva () Baixa disponibilidade: nenhuma positiva</p> <p>Total da “DISPONIBILIDADE”: _____ pontos</p>
COMUNICACIONAL Máx.: 5 pontos	LINGUAGEM (0 a 3 pontos)	<p>a) A linguagem possibilita a interação com o público, favorecendo a aprendizagem do tema abordado? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos</p> <p>b) O material educativo contém informações ou afirmações que favorecem a aceitação, a inclusão social e o respeito à diversidade? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos</p> <p>c) As imagens, ilustrações, personagens, desenhos e expressões verbais e/ou textuais utilizadas estão adequadas ao público para o qual os materiais estão direcionados? () Sim – 1 ponto () Não – 0 pontos</p>	<p>() Alta adequação da linguagem: todas positivas () Média adequação da linguagem: duas positivas () Baixa adequação da linguagem: somente uma ou nenhuma positiva</p> <p>Total da “LINGUAGEM”: _____ pontos</p>
PONTUAÇÃO TOTAL DO MATERIAL EDUCATIVO			

Notas:

¹A pontuação máxima é de 18 pontos. Estes corresponderão ao somatório de pontos dos critérios (oriundos de suas respectivas variáveis e eixos). Depois disso, cada pontuação obtida seguirá o seguinte escore, com variação de 0 a 18 pontos:

- Qualidade baixa (0 a 5 pontos)
- Qualidade regular (6 a 9 pontos)
- Qualidade boa (10 a 14 pontos)
- Qualidade ótima (15 a 18 pontos)

Apêndice C - Avaliação da Oficina



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde -
LabECoS
Avaliação da Oficina

Data da Oficina:

Local:

01. A oficina alcançou o seu objetivo?
Sim Não Parcial
02. A oficina atendeu às suas expectativas?
Sim Não Parcial
03. A carga horária da oficina foi bem distribuída?
Sim Não Parcial
04. A abordagem foi adequada?
Sim Não Parcial
05. A abordagem foi atrativa?
Sim Não Parcial
06. A linguagem utilizada foi atrativa?
Sim Não Parcial
07. A abordagem prática foi suficiente?
Sim Não Parcial
08. Sobre os temas abordados na oficina, qual era seu grau de domínio/conhecimento?
Muito pouco Pouco Moderado Muito
09. Como foi a experiência de participar dessa oficina?

10. Nos conte, como foi para você avaliar o material disponibilizado?

11. Quais facilidades você encontrou?

12. Quais dificuldades você encontrou?

13. O que você faria diferente?

14. Qual parte da oficina você mais gostou?



Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Comunicação promotora de saúde: estratégias de enfrentamento de epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em população jovem”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça. O projeto propõe-se a investigar no cenário atual das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, HIV/Aids e das hepatites virais, elementos que promovam a prevenção destes agravos em saúde em jovens do Brasil. O aumento significativo destas infecções alerta os pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e tomadores de decisões em saúde que se trata de um problema de saúde pública contemporâneo.

O objetivo desta pesquisa é analisar a qualidade e adequação das estratégias educativas e comunicacionais voltadas a prevenção das ISTs, HIV/Aids e hepatites virais dirigidas a população jovem brasileira nos últimos 10 anos (2010 – 2019).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de grupos de diálogo e/ou entrevistas individuais, que serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, haverá ainda o registro fotográfico e em vídeo o tempo estimado para a realização é entre 20 minutos e 1 hora.

Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem e entrevistas, que, por se tratar de conversas, eventualmente, os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado. Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que o(a) participante está resguardado que suas informações pessoais/ identidade não serão reveladas. No que diz respeito aos riscos é possível que ocorra incompreensão dos termos utilizados pela equipe de pesquisa, fortes emoções diante de problemas correlacionados a problemas pessoais e exposição diante do grupo.

A pesquisa não envolve riscos físicos diretos ou indiretos aos participantes, tão pouco à equipe de pesquisadores. Outras condições de variável de risco, referem-se apenas a possíveis desencontros, remarcações de agendas, dificuldade no acesso físico aos grupos estratégicos ou de comunicação. Quanto aos benefícios, estes compreendem a amplitude do alcance da temática a um maior número de possível de jovens envolvidos no projeto no que diz respeito à comunicação para a promoção da saúde e prevenção das doenças. Aos estudantes de graduação e pós graduação, a experiência permitirá momentos de aprendizado teórico e metodológico, onde a vivência em campo lhes proporcionará o contato com a realidade de jovens em situação de vulnerabilidade. Aos professores pesquisadores, a oportunidade de aproximar-se com as metodologias dialógicas e participativas num encontro intergeracional. Aos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), será permitido a tomada de decisão estratégica

baseada em evidências quali-quantitativas, mediante o desenvolvimento do modelo metodológico proposto.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) e seu acompanhante, tiver (tiverem) relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Em caso de danos decorrentes da pesquisa o(a) Senhor(a) terá assistência adequada de forma gratuita, pelo tempo de for necessário sem sobrecarregar o Sistema Público de Saúde (SUS).

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

A pesquisa é de âmbito nacional e será realizada nas cinco regiões do Brasil, com foco na cidade local de cada Estação, a saber: Centro-Oeste – Brasília (DF); Norte – Manaus (AM); Nordeste – João Pessoa (PB), Fortaleza (CE) e Sousa (PB); Sul – Rio Grande do Sul (RS); Sudeste – São Paulo (SP) e Vitória (ES).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor, entrar em contato com o Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde - ECoS em horário comercial, ou ainda com a Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça, na Universidade de Brasília - UnB, pelo telefone (61) 3107-1820 ou (61) 98147-4040, com possibilidade de ligações a cobrar, ou ainda pelo endereço de e-mail (valeriamendonca@gmail.com).

Quanto à possibilidade e indenização ressarcimento de despesas, os possíveis casos serão avaliados junto à fonte financiadora desta pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

Quanto à possibilidade e indenização ressarcimento de despesas, os possíveis casos serão avaliados junto à fonte financiadora desta pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. A garantia de indenização está prevista também no Artigo 186 do Código Civil e não é dependente de avaliação da fonte financiadora da pesquisa.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento das 10h00min às 12h00min e de 13h30min às 15h30min, de segunda a sexta- feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor (a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

Apêndice E - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Comunicação promotora de saúde: estratégias de enfrentamento de epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em população jovem”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça. Seus pais e/ou responsáveis sabem de tudo o que vai acontecer na pesquisa, pois observam-se outras condições de variável de risco, referindo-se apenas a possíveis desencontros, remarcações de agendas, dificuldade no acesso físico aos grupos estratégicos ou de comunicação. No entanto, os benefícios de sua participação compreendem a amplitude do alcance da temática a um maior número de possível de jovens, no que diz respeito à comunicação para a promoção da saúde e prevenção das doenças. E permitiram que você participe.

Nosso estudo visa analisar a qualidade e adequação das estratégias educativas e comunicacionais voltadas a prevenção das ISTs, HIV/Aids e hepatites virais dirigidas a população jovem brasileira nos últimos 10 anos (2010 – 2019).

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos de abordagem qualitativa: a estratégia de coleta de dados qualitativos será realizada a partir de oficinas de produção de conteúdo com os jovens e adultos, para isso, serão realizadas três oficinas por região do país, contando com, no mínimo, seis e, no máximo, 12 participantes por oficina. Em seguida, serão elaborados diários de campo, produzidos durante a observação realizada nas oficinas. Ao final, os achados serão sistematizados a fim de que identificar novas abordagens metodológicas para a comunicação e educação dos jovens e adultos para a prevenção de IST's, HIV/Aids e hepatites virais.

A pesquisa não envolve riscos físicos diretos ou indiretos aos participantes, tão pouco à equipe de pesquisadores. Outras condições de variável de risco, referem-se apenas a possíveis desencontros, remarcações de agendas, dificuldade no acesso físico aos grupos estratégicos ou de comunicação. Quanto aos benefícios, estes compreendem a amplitude do alcance da temática a um maior número de possível de jovens envolvidos no projeto no que diz respeito à comunicação para a promoção da saúde e prevenção das doenças. Aos estudantes de graduação e pós graduação, a experiência permitirá momentos de aprendizado teórico e metodológico, onde a vivência em campo lhes proporcionará o contato com a realidade de jovens em situação de vulnerabilidade.

Aos professores pesquisadores, a oportunidade de aproximar-se com as metodologias dialógicas e participativas num encontro intergeracional. Aos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), será permitido a tomada de decisão estratégica baseada em evidências qualitativas, mediante o desenvolvimento do modelo metodológico proposto.

Todas as despesas que você e seu acompanhante, tiver (tiverem) relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável. Qualquer dano sofrido pelo participante da pesquisa seja ele físico, psíquico e/ou mental, é de responsabilidade do pesquisador, e instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, com assistência imediata.

Em caso de danos decorrentes da pesquisa o(a) participante terá assistência adequada de forma gratuita, pelo tempo de for necessário sem sobrecarregar o Sistema Público de Saúde (SUS). Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação na pesquisa, o(a) participante deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

O motivo deste convite é que você se enquadra nos seguintes critérios de inclusão, jovem de 15 a 17 anos. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo para participar deste estudo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar.

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 atendido pelo pesquisador responsável.

O pesquisador responsável irá tratar a sua identidade com sigilo e privacidade. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição, quando finalizada, no site da pesquisa e do Laboratório ECoS. Os dados serão divulgados por meio da comunicação científica com publicações acadêmicas; comunicação comunitária com tradução do conhecimento, com apresentação de infográficos, vídeos e materiais visuais para a comunidade; e comunicação para tomada de decisões, com apresentação de visual abstract dos dados coletados em campo.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade de Brasília - UnB e a outra será fornecida a você.

Caso hajam danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização participante pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/_____, residente no endereço _____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Comunicação promotora de saúde: estratégias de enfrentamento de epidemias de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais em população jovem.”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Tendo o termo de consentimento do meu responsável já sido assinado, declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

CIDADE/ESTADO, _____ de _____ de _____.

Nome do responsável pelo menor	Nome do menor	Assinatura do pesquisado r
--------------------------------------	---------------------	-------------------------------------

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você, ou os responsáveis por você, poderão consultar o: CEP – Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade Ciências da Saúde/ Universidade de Brasília (FS/UnB) Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília - Brasília – DF, 70.904-970 Brasil. Telefone: (61) 3107 – 1947. E-mail: cepfs@unb.br / cepfsunb@gmail.com

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Valéria Machado Mendonça – 61 98147 – 4040 (Celular/WhatsApp) 61 3107-1820 (Laboratório ECoS). Endereço: Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde – EcoS Campus Darcy Ribeiro, s/n – Gleba FS/FM Sala CT 77/12, Asa Norte, Brasília – Brasil. Fone: (61) 3107-1820 e-mail: valeriamendonca@gmail.com

Apêndice F - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO PROMOTORA DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE EPIDEMIAS DE ISTs, HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS EM POPULAÇÃO JOVEM.

Pesquisador: Ana Valéria Machado Mendonça

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 29854020.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.548.238

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "Projeto_CEP_VM_NF_23_09_2020.docx", postado em 07/01/2021:

Resumo:

"Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um terço da população mundial é considerada jovem, com idade entre 10 e 24 anos, e é justamente nesta faixa etária que se concentra metade das infecções por HIV (BRASIL, 2006). Segundo dados da UNICEF, a Aids é a segunda causa de morte mundial na faixa etária de 10 a 19 anos. A estimativa é que a cada hora, 29 adolescentes são infectados de HIV. No Brasil, dados do último censo indicam que a população jovem equivale a um quarto da população do país. embora, nos últimos 16 anos, o Brasil tenha registrado significativos avanços como exemplo, o lançamento do Painel de Indicadores e dados básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros; notificação compulsória do HIV; tratamento universal para as pessoas vivendo com HIV; produção nacional de antirretrovirais; redução do preço do antirretroviral; implantação da oferta de profilaxia pós-exposição e pré-exposição. Resultando na redução da transmissão vertical e na redução da morbimortalidade associada à doença. A Taxa de Detecção de Aids (TDA) apresentou decréscimo de 15,3% e a taxa de mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 25% entre 2003 e 2017. A pesquisa tem como objetivo analisar a qualidade e adequação das estratégias educativas e comunicacionais voltadas a prevenção das ISTs, HIV/Aids e hepatites virais dirigidas a população jovem brasileira nos últimos 10 anos (2010 – 2019) nas cinco regiões do Brasil, com a metodologia de métodos mistos, com perfil dos participantes e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

