

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Pedro Lucca Neto

**ASSIMILAÇÃO DAS CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS DO MINISTÉRIO
DA SAÚDE DE PREVENÇÃO A AIDS PELOS ALUNOS INGRESSANTES EM
2016 DA UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE**

Governador Valadares
2016

PEDRO LUCCA NETO

**ASSIMILAÇÃO DAS CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS DO MINISTÉRIO
DA SAÚDE DE PREVENÇÃO A AIDS PELOS ALUNOS INGRESSANTES EM
2016 DA UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eliana Martins Marcolino

Governador Valadares

2016

Lucca Neto, Pedro.

Assimilação das campanhas publicitárias do ministério da saúde de prevenção a AIDS pelos alunos da Universidade Vale do Rio Doce / Pedro Lucca Neto.-- 2016.
69 f.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território, Governador Valadares, MG, 2016.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Martins Marcolino.

1. AIDS. 2. Comunicação. 3. Assimilação. I. Marcolino, Eliana Martins.
II. Universidade Vale do Rio Doce. III. Título.

Para Mario Lucca eterna fonte de gratidão.

Meu pai, meu exemplo.

À Cleir Lucca que me ensinou preciosos valores éticos e morais.

Aos meus irmãos que fazem parte da minha história, em especial a minha irmã Mylene Lucca que trilhou um caminho brilhante e exemplo para a academia.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Eliana Martins Marcolino, por dividir comigo esta missão e sempre transmitir conhecimento. Grande mestre, obrigado.

A toda minha família por sempre incentivar e apoiar os meus sonhos.

Aos meus amigos de mestrado Marcela Otoni e Marina Mendes, que sempre estiveram abertos a dividir o conhecimento.

Aos professores do Mestrado, em especial a professora Sueli Rodrigues que com carinho sempre esteve pronta a ajudar.

Ao Prof. José Luiz e à Prof^a Gulnara Borja pelas preciosas contribuições na Qualificação.

A todos os alunos da Univale que participaram como voluntários na pesquisa e aos professores que cederam um tempo de sua aula para aplicação da mesma.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para que pudéssemos seguir os nossos sonhos nos estudos.

RESUMO

As campanhas do Ministério da Saúde têm por finalidade levar informação e tentar persuadir a população para práticas preventivas em relação à contaminação pelo vírus HIV, o tema tem sua relevância por se tratar de um estudo que visa contribuir para a evolução na comunicação das políticas públicas em relação à prevenção da AIDS principalmente para os jovens. Este estudo tem por objetivo saber se existe assimilação das campanhas de prevenção do Ministério da Saúde sobre a AIDS pelos Universitários ingressantes em 2016 na Univale. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, que utiliza abordagem quantitativa. Participaram desse estudo 277 estudantes, com idade entre 18 e 24 anos, que ingressaram na universidade no ano de 2016. A coleta de dados foi realizada utilizando um questionário estruturado com questões fechadas e uma aberta, aplicado em sala de aula com autorização da coordenação de curso e do professor. Para análise dos dados quantitativos do questionário foi utilizado o “*Software Package for the Social Sciences*” (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Os resultados demonstram que as campanhas não cumprem a sua finalidade e que a informação utilizada na propaganda já era de conhecimento dos entrevistados. Pode-se concluir que as informações obtidas pelos jovens entrevistados, são insuficientes, foram assimiladas em experiências vivenciadas nos espaços do seu cotidiano e em ações isoladas.

Palavras-chave: AIDS. Campanhas Publicitárias. Assimilação. Território.

ABSTRACT

The Ministry of Health campaigns are designed to bring information and try to persuade the population to preventive practices with regard to contamination by HIV, the topic has relevance because it is a study to contribute to the evolution in the communication of public policies regarding prevention of AIDS especially for young people. This study aims to find out if there is assimilation of the Ministry of Health prevention campaigns against AIDS by University freshmen in 2016 in Univale. This is a descriptive, cross-sectional, using a quantitative approach. Participated in this study 277 students, aged 18 and 24, who joined the university in the year 2016. Data collection was performed using a structured questionnaire with closed questions and an open, applied in the classroom with coordination authorization course and teacher. For quantitative analysis of the survey data was used the "Software Package for the Social Sciences" (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). The results demonstrate that campaigns do not fulfill their purpose and that the information used in advertising was already aware of the respondents. It can be concluded that the information obtained by young people interviewed are insufficient, were assimilated in life experiences in their everyday spaces and isolated actions.

Keywords: AIDS. Advertising Campaigns. Assimilation. Territory.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>)
CD4 -	Células CD4 (conhecidas como células -T ou células auxiliares)
CDC -	<i>Disease Control and Prevention</i>
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CIM –	Comunicação Integrada de Marketing
CRASE -	Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde
EUA–	Estados Unidos da América
HIV–	Vírus da Imunodeficiência Humana (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
MMWR -	<i>Morbidity and Mortality Weekly Report</i>
PCAP -	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População
SINAN -	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UNAIDS -	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i>)
UNIVALE –	Universidade Vale do Rio Doce

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Risco de contrair a doença pelo abraço ou aperto de mão.....	38
Gráfico 2 – Risco de contrair a doença fazendo sexo sem camisinha.....	39
Gráfico 3 – Risco de contrair a doença bebendo água no mesmo copo.....	40
Gráfico 4 – Risco de contrair a doença pelo compartilhamento de seringas.....	40
Gráfico 5 – Risco de contrair a doença por sexo oral sem proteção.....	41
Gráfico 6 – Risco de contrair a doença por sexo com preservativo.....	42
Gráfico 7 – Risco de contrair a doença no dentista.....	43
Gráfico 8 – Risco de contrair a doença por sexo anal sem proteção.....	44
Gráfico 9 – Risco de contrair a doença na manicure – sexo feminino.....	45
Gráfico 10 – Risco de contrair a doença na manicure – sexo masculino.....	45

SUMÁRIO

1 INTRUDUÇÃO	03
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	06
2.1 AIDS.....	06
2.2 MÍDIA, VULNERABILIDADE E SAÚDE.....	13
2.3 A EFICÁCIA DA PUBLICIDADE E PROPAGANDA.....	18
2.3.1 Marcas e símbolos.....	20
2.3.2 Objetivos da propaganda.....	21
2.4 TERRITÓRIO, CULTURA E COMUNICAÇÃO.....	23
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
3.2 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	35
4 ANÁLISES E DISCURSÃO.....	36
5 CONCLUSÃO.....	52
REFEÊNCIAS.....	53
ANEXOS	61

1 INTRODUÇÃO

O tema tem sua relevância por se tratar de um estudo que tem como meta a evolução na comunicação nas políticas públicas em relação à prevenção da AIDS, em especial o público jovem.

O Ministério da Saúde e a mídia alertam para a vulnerabilidade e o crescente nos números de contaminação deste público. Assim, precisamos adotar uma comunicação mais direcionada e persuasiva para mudança a tentativa de influenciar na mudança de comportamento desses jovens em relação a prevenção da AIDS.

Vamos avaliar as políticas públicas de investimento em propagandas e se essas atingem a percepção dos jovens em relação à informação e prevenção da AIDS.

Para atingirmos o objetivo será considerada a campanha veiculada pelo Ministério da Saúde no período do carnaval de 2016.

Consideramos trabalhar com jovens que acabaram de entrar na Universidade, pois ainda tem os seus conceitos e conhecimentos relacionados ao ensino médio. Não tiveram a influência da educação Universitária. Outro ponto é por se encontrarem em período de transição e com os anseios e conflitos característicos dessa faixa etária.

A percepção criada em relação à doença está arraigada na cultura das pessoas de acordo com a sua territorialidade, toda essa construção imaginária criada em torno dessa temática tem que ser reconfigurada e transformada em ações positivas para prevenção e combate ao preconceito. Desta forma consideramos esta geração propícia a mudança caso sejam munidos de informação.

O projeto de pesquisa é intitulado: “Assimilação das Campanhas Publicitárias do Ministério da Saúde de prevenção a AIDS pelos alunos INGRESSANTES em 2016 da Universidade Vale do Rio Doce”. Para sua realização o referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) sob o Parecer CEP 1.622.279 – 05/07/2016.

A pesquisa tem como objetivo geral Avaliar sobre a assimilação das campanhas de prevenção do Ministério da Saúde em relação a AIDS pelos Universitários entrantes de 2016 da Univale. Os objetivos específicos são: Analisar o nível de informação dos universitários ingressantes da Univale em relação à prevenção da AIDS; Avaliar a

percepção que os universitários possuem sobre as campanhas publicitárias referente à AIDS; Verificar se a peça da campanha escolhida estimula a ação proposta.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) teve seus primeiros casos registrados nos Estados Unidos no estado da Califórnia e em julho de 1981, dois artigos publicados no *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), um periódico do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), órgão governamental dos Estados Unidos, anunciavam a “inusitada ocorrência de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e sarcoma de Kaposi em homossexuais jovens, associada à imunodeficiência adquirida de tipo até então não relatada” (BELDA, CATTAPAN E SANTOS JÚNIOR, 1984).

“O que chamou a atenção é que essas doenças eram ocasionadas em pacientes extremamente debilitados em seu sistema imunológico ou em idosos” (CAMARGO JÚNIOR, 1994, p. 61).

Apesar de ser diagnosticada pela primeira vez nos EUA para Veronesi (1991), as principais teorias de origem do vírus são através de relatos que comprovam que a doença surgiu na África Central e que está relacionada na transmissão do macaco para o homem através da manipulação de carnes infectadas. A infecção pelo HIV começou a ser observada na metade do século XX e algumas experiências comprovam que a passagem dos primatas para o homem parece estar relacionado com a questão da manipulação de carnes de chimpanzés infectados na África.

O começo da doença já estava arraigado de preconceito quando foi considerada como uma peste *gay* devido à alta infecção de homossexuais. Nesses 30 anos a doença tomou proporções de pandemia e atingiu todas as classes sociais e estilos de vida e comportamento, pessoas de todas as idades (LINDNER, 2005). Mesmo mudando o perfil de infectados a sociedade vincula a AIDS aos gays e as pessoas que tem uma vida marginal ou de comportamento promíscuo (BRITO et al., 2001; RACHID; SCHECHTER, 2000).

A associação a grupos específicos propiciou o alastramento da epidemia, grande parte da população se considera fora de um grupo denominado de risco, ou seja, imunes de contrair a doença (CÂMARA; LIMA, 2000; MARTIN, 1995).

Hoje a realidade é de uma doença pandêmica, dados da Organização Mundial de Saúde apontam que diariamente 14 mil pessoas são infectadas (ROCHA, 2003).

O último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde registrou 798.366 casos de AIDS no Brasil. A Epidemia teve em 2011 notificados 28.776 novos casos da doença. A taxa de incidência no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2015). Em um período de 10 anos (2005 a 2014), a taxa de incidência no sudeste caiu de 25,3 casos em 2005 para 18,6 casos em 2014 por 100 mil habitantes. As regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste apresentam um crescimento linear significativo, onde podemos destacar o crescimento de 10% na região Nordeste. Os estados do Rio Grande do sul e Amazonas apresentam as maiores taxas de detecção com 39,2 e 38,3 casos por 100 mil habitantes respectivamente. (BRASIL, 2015).

Percebe-se, no Brasil, a expansão para as populações com baixo nível de renda e escolaridade, verifica-se o processo de interiorização e o crescimento do número de mulheres infectadas (ROCHA, 2003).

A tendência é de aumento da epidemia em países com sociedades vulneráveis, a abordagem e reflexões sobre o HIV/AIDS deve levar em considerações várias nuances. Essas vão desde o manejo clínico e psicológico dos pacientes já infectados, diante do prolongamento de suas vidas na condição de soropositivo, até a admissão medicamentosa a assintomáticos que podem nunca desenvolver a doença. A implementação de políticas públicas para prevenção e assistência cada vez mais eficaz é o desafio moral e ético para tornar acessível o tratamento a toda população (GRECO, 1999).

Em 30 anos da doença, a tarefa de convencer a população em geral que qualquer pessoa está sujeita a contaminação é extremamente complexa. Os segmentos sociais têm seus aspectos econômicos, sociais e culturais. É importante perceber que não se deve tratar as práticas que expõem as pessoas ao HIV, mas sim ver que um conjunto de condições estruturais e contextuais pode levar a comportamentos com um resultado final (LIMA; CARDOSO, 1999).

Na área da saúde para Oliveira e Teixeira (1984) é necessário pensarmos um modelo assistencial de atenção à Saúde “sistêmico” que abrange três dimensões: uma gerencial, uma dimensão organizativa, e a dimensão propriamente técnico-assistencial. Dentre essas dimensões a técnico-assistencial é a que diz respeito às relações estabelecidas e que vão ao encontro do modo em que a pandemia deve ser abordada, pois estabelece as relações entre as mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em

saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos, agravos, recuperação e reabilitação).

Os autores citados acima determinam que é preciso incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção de saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços, sejam estes delimitados enquanto “área de abrangência” de unidades de saúde, seja, como prevê a Normas Operacionais de Assistência à Saúde, o espaço compreendido de um “modelo assistencial” e, principalmente, o espaço circunscrito de uma microrregião de saúde.

Assim o processo de prestação de serviço se desloca do eixo “recuperar a saúde de indivíduos doentes”, para “prevenir riscos e agravos” e “promover a saúde de pessoas e grupos populacionais”. Para isso acontecer os problemas de saúde e seus determinantes, devem se organizar incluindo não apenas ações e serviços que incidem sobre os efeitos dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as causas (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (PAIM, 1993; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1984).

O maior desafio do trabalho de prevenção é migrar o conceito de risco para vulnerabilidade. Temos que admitir que as práticas que expõem as pessoas ao HIV e ao adoecimento por AIDS não são exclusivas da vontade individual, mas levá-las a ver que o comportamento é uma resultante de condições estruturais e contextuais de onde emergem essas práticas. A forma com que os jovens conduzem a sua vida sexual é um fator importante para desenvolver um trabalho preventivo, onde os discursos trazem uma linguagem metafórica, dificultando a compreensão, ou vulgarizam o assunto instigando o preconceito de ordens diversas (LIMA; CARDOSO, 1999).

A educação na saúde tradicional tem como estratégia posicionar o sujeito da ação educativa como detentor do saber e o indivíduo como quem passivamente apreende os conhecimentos ensinados. Esta abordagem dificulta o entendimento e o desenvolvimento da consciência crítica do sujeito, onde se parte do pressuposto que o sujeito nada sabe e que é preciso preencher espaços vazios. Os conhecimentos que são julgados importantes são depositados sem que esse possa questioná-los (FREIRE, 1983).

Para o comportamentalismo o sujeito é produto do meio. O indivíduo condicionado é estimulado pelo profissional, a resposta gerada pelo indivíduo é que irá resultar em mudança (FRANCO, 1995).

Considerando que a saúde é o resultado de uma combinação de fatores sociais, políticos e econômicos, esses influenciam no comportamento das pessoas. Não se pode considerar que o usuário é detentor único de seus problemas de saúde. Para a mudança no comportamento é necessário avaliar o resultado de combinações sociais experimentadas em ações que interferem na vida social do indivíduo com o coletivo (VALLA, 1993).

Dentro dessa perspectiva, acredita-se que a mudança de comportamento se dará por meio da percepção do contexto social para problematizar ações de transformação coletiva. Para Freire (1982) é necessário contextualizar para a formação de uma análise crítica, superando a compreensão ingênua da realidade. Os seres humanos são corpos conscientes para isso é preciso fazer a travessia entre a subjetividade e a objetividade. Não se deve trabalhar apenas a correlação entre ação e a reflexão da realidade, mas trazer as questões coletivas da problematização. Assim o indivíduo se encontra diante do conceito da mudança.

O sujeito em saúde deve ser reconhecido como um portador de um saber e não se deve deslegitimar por ser diverso do saber técnico científico. De acordo com Briceño-Léon (1996), profissionais e usuários devem atuar como iguais em um modelo de diálogo, ainda que com papéis diferenciados.

A prática educativa visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. A estratégia valoriza a construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Uma pesquisa sobre conhecimento, atitudes e práticas da população brasileira no que se refere a DST/HIV/AIDS, realizada pelo Programa Nacional de DST/AIDS, revelou que 90% da população pesquisada, entre 15 e 54 anos, tem vida sexual ativa (BRASIL, 2005).

Quanto ao uso do preservativo por essa população, observou-se que, independentemente da parceria, 38% fez uso do mesmo. A pesquisa demonstrou, também, o reflexo das desigualdades socioeconômicas como um fator determinante para a iniciação sexual, para o conhecimento e prevenção das DST/HIV/AIDS e para o uso do preservativo. Ficou evidente que o maior grau de escolaridade implica menor grau de vulnerabilidade de pessoas e populações ao HIV/AIDS (BRASIL, 2005).

As evidências da pesquisa acima nos levam a entender que a escolha do público a ser pesquisado é assertiva para melhor compreensão das campanhas, ou seja, podem ter sido influenciados pela comunicação.

Outro ponto que é importante destacar é que as campanhas e notícias sempre vinculam às imagens do ato sexual e do uso da camisinha em momentos festivos como o do carnaval, campanha que será utilizada para análise. Assim a camisinha sempre é o carro-chefe das campanhas, o uso de preservativos precisa ser reorientado, pois deveria significar verdade, amor e preocupação para com o outro, e não ser encarado como sinônimo de traição e poligamia, o que dificulta sua utilização entre os casais com relacionamentos considerados estáveis (BRASIL, 2002).

Tais dados fazem pensar em estratégias que redimensionem o imaginário popular com o intuito de fazer com que o uso da camisinha se transforme em um sentimento e um ato de confiança, amor, respeito para consigo e para com o outro, e que seja incorporado ao cotidiano das pessoas com vida sexual ativa.

Esses aspectos psicológicos, inerentes a esta faixa etária, dificultam intervenções de ordens diversas e exigem estratégias especiais capazes de sensibilizar essa população para temas relacionados à prevenção. Paralelamente a esses fatos, é importante lembrar que os jovens, e especialmente os adolescentes, se veem como imortais, como inatingíveis (ABERASTURY, KNOBEL, 1992).

O Ministério da Saúde lançou em 2013 o **Plano para Atenção Integral a Adolescentes e Jovens vivendo com AIDS**. Esse plano tem o objetivo de apresentar aos profissionais da saúde aspectos do cuidado integral, que promovam a qualidade de vida e a qualidade da assistência.

A elaboração de conteúdo foi baseada em evidências científicas e experiências propostas por um Grupo de Trabalho composto por profissionais e pesquisadores que atuam com essa faixa etária. O adolescente quando inicia suas atividades sexuais, o que é normal na fase da adolescência, está mais vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis. Essa etapa da vida consiste em transformações biológicas e psíquicas sociais (ALETHA et al., 2011).

Nessa fase existem fatores que colocam o jovem em risco como experimentações de álcool e drogas, início da atividade sexual e uso incorreto ou inconsistente do preservativo (BLAIR et al., 2011).

Este comportamento pode ser observado de acordo com a pesquisa feita pelo Ministério da Saúde – Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP), onde foram ouvidos 8.000 indivíduos de 15 a 64 anos de idade, sendo 2.485 jovens entre 15 e 24 anos, deste estudo destacamos que o comportamento da população jovem é fundamental para se pensar na eficácia das campanhas e na assimilação deste público sobre as mesmas, já que os dados não são animadores.

Os jovens que têm conhecimento correto da forma de transmissão da AIDS somam 51,7% dos 2.485 entrevistados, este é o menor índice das faixas etárias de todo o estudo. 97% sabem que podem ser infectados nas relações sexuais desprotegidas. Mesmo assim, apenas 61% da população sexualmente ativa de 15 a 24 anos declararam ter usado preservativo na primeira relação sexual. Este índice cai para 35% dos jovens declararam uso regular de preservativo, independentemente do parceiro ou parceira. (BRASIL, 2011).

Outro dado importante é que os jovens não têm a preocupação de saber se estão infectados e continuam transmitindo a doença, a PCAP aponta que apenas 30,1% realizaram teste para HIV pelo menos uma vez na vida, sendo 16,1% dos homens e 45,7% das mulheres (BRASIL, 2011).

Público-alvo e primeiros a serem culpados pela doença, hoje é considerável o aumento de jovens gays que se expõem à contaminação da doença, dos casos de AIDS notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, entre homens na faixa etária de 15 a 24 anos, nos últimos 12 anos, houve aumento proporcional da categoria de exposição homens que fazem sexo com homens, passando de 31,8% em 1998 para 46,4% em 2010 (BRASIL, 2011).

Em pesquisa com homossexuais sobre o uso de preservativo na última relação casual, 70,8% dos jovens usaram preservativo, quando é questionado as relações nos últimos 12 meses este percentual cai para 54,3%. Dado que se torna contraditório, pois não foi dito que seria ou não *casual* (KERR, 2009).

Em Minas Gerais o primeiro caso foi notificado em 1983, segundo a Secretaria Estadual de Saúde desde então até junho de 2010, o estado notificou 32.748 casos no SINAN. A razão de sexos em 1985 era de 39 homens para cada mulher e atualmente é de 1,6 homens para cada mulher, seguindo a tendência nacional. De 1997 a junho de 2010, foram identificados 637 casos de AIDS em menores de cinco anos. Os cinco municípios de Minas Gerais que apresentaram o maior número absolutos de casos de AIDS acumulados até junho de 2010 foram: Belo Horizonte (11.748), Juiz de Fora (3.245), Uberlândia

(2.404), Contagem (1.907) e Uberaba (1.797). Dentre esses municípios, a maior incidência em 2009 foi observada em Belo Horizonte (32,4/100.000 habitantes). Quanto à mortalidade por AIDS, o estado acumulou, até 2009, um total de 15.154 óbitos. O coeficiente de mortalidade por AIDS em Minas Gerais foi de 4,1/100.000 habitantes em 2009 (BRASIL, 2011).

De acordo com a Secretária Municipal de Saúde em Governador Valadares, no ano de 2014 foram registrados 101 novos casos de DST's em residentes de Valadares. 1.567 pacientes estão cadastrados no CRASE; lá, recebem atendimento médico e tratamento. Em 2013 foram registrados 113 novos casos e contabilizados 1.467 atendimentos.

Para a saúde pública, a AIDS representa uma ameaça de crise global no tocante à disponibilização de recursos econômicos, políticos, sociais e psicológicos para uma obtenção efetiva de controle da epidemia. O acesso ao conhecimento sobre AIDS pela população aconteceu paralelamente às descobertas médicas, o que produziu representações apoiadas na ameaça extrema a população devido a mortalidade.

Inicialmente, a AIDS estava ligada a grupos, chamados de risco, que muitas vezes eram discriminados e marginalizados. O estigma AIDS fez com que a culpa fosse responsabilidade da pessoa com HIV/AIDS. Muitos países criaram leis que suscitaram o estigma da discriminação como testagem para HIV, limitações de viagens internacionais, imposição de exames e tratamento para pessoas infectadas. Todas essas práticas no decorrer da história da AIDS colocam as pessoas soropositivas em maior vulnerabilidade e exclusão (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

As perspectivas melhoram nos últimos anos devido aos avanços alcançados com os medicamentos antirretrovirais, a AIDS passou a ser considerada uma doença crônica: sem cura, mas com tratamento. Nessa perspectiva, a melhoria da qualidade de vida tem sido evidenciada em pessoas soropositivas (CHEN et al., 2007; MARINS et al., 2003). Outro ponto crucial foi a implementação de leis favoráveis aos direitos humanos das pessoas soropositivas, como ocorreu no Brasil.

No sentido de munir de informações sobre as formas de prevenção da doença, o tratamento feito de forma correta pode ser a saída para uma estabilização da epidemia. Recentemente uma pesquisa conhecida como PARTNER¹ foi apresentada em uma prestigiada conferência sobre retrovírus e infecções oportunistas. O Estudo provou o que

¹ Nome em inglês que tem como significado: Casal. O estudo recebeu esse nome por considerar apenas casais sorodiscordantes.

militantes contra HIV já suspeitavam há tempos. Parceiros sorodiscordantes (situação em que apenas um dos parceiros tem o vírus HIV), gays e heterossexuais, que fazem o tratamento e o parceiro soropositivo apresenta uma carga viral indetectável diminuem em 95% as chances de transmitirem a doença. Quase 800 casais participaram do estudo, mais de 30 mil relações sexuais foram contabilizadas e documentadas e os casais foram escolhidos com base na tendência de fazer sexo sem preservativos. No período da pesquisa nenhuma transmissão ocorreu entre aqueles que tinham a carga viral indetectável. Os resultados dessa pesquisa fortalecem a estratégia de prevenção adotada pelo Brasil que consiste no tratamento como prevenção, onde o indivíduo detectado com o vírus passa a tomar a medicação independente da contagem de suas células CD4.

Antes, a profilaxia era indicada para pacientes com células CD4 abaixo de 350 cópias. O resultado deste estudo dá ao soropositivo a possibilidade de procurar o tratamento e tornarem-se indetectáveis, diminuindo o risco de contaminação. O estudo não faz apologia para o não uso da camisinha, como muitos poderiam encarar, mas pode ser um caminho para erradicação da doença com um pensamento otimista e positivo (RODGER et al., 2014).

2.2 MÍDIA, VULNERABILIDADE E SAÚDE

Os mídia e as novas tecnologias são fortes influenciadores na percepção e interpretação do senso comum em nossa sociedade, é cada vez mais evidente a interferência midiática no dia a dia das pessoas e na expressão do posicionamento de seus autores. O discurso midiático é que alimenta de informação o consciente coletivo (INNERARITY, 2006).

É através dos mídia que a sociedade amplia a visibilidade das questões coletivas e passam a suprir uma necessidade de informação para apoderar-se e posicionar em relação ao mundo em que vivemos (GENTILLI, 2005).

Nesse sentido, enfatiza-se que quanto menor o conhecimento de determinado assunto pelos indivíduos sociais, maior a sua dependência dos processos midiáticos para obter informação. Além disso, são vários os fatores que interferem na escolha da notícia, o que implica um poder político aos meios de comunicação (WOLF, 2001).

Para se discutir este assunto adota-se a Teoria do Agendamento onde para Shaw (1979), a informação que é passada para os diversos públicos está dentro de um processo comunicacional. A mídia seleciona a notícia de acordo com os interesses de diversos segmentos sociais, políticos e econômicos. A negligência, a falta de informação e a informação distorcida podem favorecer interpretações da realidade nem sempre compatíveis com os fatos, em Shaw (1979, p. 96), a hipótese dessa teoria defende que:

Em consequência da ação dos jornais, da televisão e de outros meios de informação, o público sabe ou ignora, presta atenção ou descarta, realça ou negligencia elementos específicos dos cenários públicos. As pessoas têm tendências para incluir ou excluir dos seus próprios conhecimentos aquilo que a mídia de massa inclui ou exclui do seu próprio conteúdo. Além disso, o público tende a atribuir, aquilo que esse conteúdo inclui, uma importância que reflete de perto a ênfase atribuída pela mídia de massa aos acontecimentos, aos problemas, às pessoas.

Autores como Shaw (1979) acreditam que a mídia de massa apresenta ao público assuntos que deveriam ser discutidos, onde a mídia leva até ao receptor a informação que lhe é necessária.

Já para Cohen (1963), não se pode induzir as pessoas a pensar de certa maneira, mas a mídia tem a capacidade espantosa de dizer quais os temas devem ser pensados.

Nessas duas perspectivas se tem que observar que há um ponto em comum, que é a decisão midiática pela notícia. Assim, mesmo que os atores sociais e as necessidades em saúde de uma população estejam necessitando de informações que possam mudar o comportamento, existe um agendamento midiático da notícia.

Na sociedade capitalista em que vivemos se observa que a mídia é pautada pela audiência, e a notícia adquiriu um valor financeiro na visibilidade dos consumidores. A mídia é capaz de refletir um mundo paralelo sempre em busca da audiência. Onde Grossi (1983) afirma que:

[...] foi aumentando a existência de fatias e de pacotes de realidade que os indivíduos não vivem diretamente nem definem interativamente a nível da vida cotidiana, mas que vivem, exclusivamente, em função de ou através da mediação simbólica dos meios de comunicação de massa (GROSSI, 1983, p. 225).

Admitindo essa crescente dependência dos mídia a teoria do agendamento tem como base um impacto direto, mesmo que não imediato, sobre os receptores. Onde este impacto pode se configurar por uma ordem do dia com assuntos e problemas presentes na

agenda midiática e ainda agendá-los segundo uma importância de prioridades dispostos na ordem do dia (WOLF, 2001).

Segundo Sodré (2009), a teoria do acontecimento pode ser aplicada a doenças em coletividades que passam a ter um forte apelo jornalístico pela atualidade, singularidade, peso social e magnitude do fato. No caso da AIDS além de todos esses critérios a doença foi descoberta pela comunidade científica e pela mídia ao mesmo tempo.

Assim, a imprensa passou a retratar a realidade com uma posição de “porta-voz oficial dos acontecimentos” e com “poder de elevar os acontecimentos à condição de históricos” (RIBEIRO, 2005).

A AIDS é apresentada à população pela ciência médica e foi amplamente reforçada pela mídia de forma simultânea. A incerteza da ciência acerca da doença, e sobre os mecanismos de transmissão, agora conhecidos, geraram a eclosão das mais variadas representações que se difundiram na proporção da disseminação da doença e se mostram ainda profundamente arraigadas no imaginário da população (PAULILO, 1999).

A mídia e as pessoas se deparam com este mal desconhecido e estranho, cuja proximidade entre o biológico e o social ainda não tinha sido revelada. O que se sabia sobre a transmissão da doença e de suas vítimas favoreceu, em particular, a eclosão de duas concepções: uma do tipo moral e social, outra do tipo biológico, com a influência evidente de cada uma delas sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou para com as pessoas afetadas pela doença. A falta de informação e a incerteza da ciência favoreceram o surgimento de tais representações que circulavam entre as pessoas e/ou corriam de um veículo de comunicação a outro. Na perspectiva moral, a doença passa a ter uma conotação de punição, oriunda de uma sociedade permissiva, onde as notícias representavam uma condenação de condutas degeneradas. Já na visão biológica o sangue e o espermatozóide propiciaram discussões de que outras secreções como saliva e suor pudessem ser contagiantes (JODELET, 1986).

Apesar de um primeiro momento de grande visibilidade devido a sua mortalidade, falta de conhecimento forma de transmissão e estigma de uma parcela da população marginalizada por sua condição sexual, comportamento sexual, durante estes 30 anos a mídia não conseguiu desconstruir todos os malefícios com preconceitos que foram associados a AIDS, por falta de informação e o sexo ainda ser *tabu* na sociedade. Os fatos se tornam notícia, a mídia define os temas que serão ou não discutidos pela opinião pública, modificando, de certa maneira, a realidade social, ou seja, não houve uma

preocupação em mudar a realidade social, ou pelo menos a percepção das pessoas em relação a doença (BARROS FILHO, 2001).

Para Pinheiro e Mattos (2005), no campo da saúde existem parâmetros usualmente empregados para definir as demandas, em grande parte, são referenciados na economia e do planejamento em saúde, centrados nas condições admitidas como anormais vividas pelos usuários, ou seja, baseiam-se na doença. Neste conceito ainda reforçam a ideia de grupos de risco e de situações adversas que dificultam que as pessoas consideradas com uma vida rotineira e comum se encaixem no perfil, assim se consideram imunes à contaminação. Isso quer dizer que para os parâmetros em saúde as incidências determinam grupos de maior probabilidade em pegar ou não AIDS. Esses parâmetros são importantes para determinar estratégias de controle.

Tais modelos explicativos predominantes tendem a reduzir o sujeito pela objetivação da doença, cujas respostas são elaboradas restritamente a partir de conhecimentos especializados, amparados por suas racionalidades, de forma a desconsiderar a diversidade de contextos em que estas se inserem. A AIDS precisa de uma abordagem não só científica, as pessoas ainda têm receio em falar sobre a doença e pensar na possibilidade de se testarem, mesmo com o tratamento eficiente. O contexto em que a doença se insere em cada camada social e por faixa etária é complexo (PINHEIRO et al., 2005).

As doenças pandêmicas como a AIDS têm que ser tratadas epidemiologicamente com uma construção heterogênea que admite, a quantificação como estratégia central, mas que se mostram abertas às perspectivas críticas, multiculturais e de interlocução com a sociedade (e com as ciências sociais) para compreensão dos fenômenos que identifica e mensura com seus instrumentos (BREILH, 2006).

A intenção é que se possa pensar em uma análise plural mais adequada as necessidades em saúde de uma sociedade desigual, deve-se considerar o prisma da vulnerabilidade que admite a exposição desigual das pessoas. Nesta perspectiva de vulnerabilidade são considerados não só os aspectos individuais, mas também, coletivos, contextuais e ambientais, que derive em suscetibilidade desigual a males e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção dos grupos (AYRES et al., 2009).

Baseado nessas discussões, de acordo com movimentos que discutem os Direitos Humanos e em uma confluência entre saúde pública e as ciências humanas, sempre

priorizando as múltiplas demissões da epidemia, suas consequências e impactos sociais, criou-se uma abordagem teórica de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade, foi desenvolvido por Mann et al. (1992), para pensar a epidemia da AIDS no contexto da Saúde Pública.

Essa nova abordagem vem sendo trabalhada por pesquisadores brasileiros com a finalidade de ultrapassar a ideia de grupos e comportamento de riscos. A prevenção da doença, até então, era entendida como resultado de informação e vontade pessoal, dependendo de mudança de comportamento. Essa nova visão procura ampliar o campo de reflexões para além do comportamento individual, colocando o problema de saúde pública para ser entendido na interação de múltiplos fatores sociais, econômicos, culturais e políticos que nem sempre reduz a vontade individual.

Para melhor operacionalizar o conceito, os autores de a AIDS no mundo propõem que a vulnerabilidade seja pensada sob três planos: o social, o programático ou institucional e o individual. O plano social inclui condições socioeconômicas, acesso à informação, escolarização, garantia de acesso aos serviços de saúde, garantia de respeito aos direitos humanos, situação sociopolítica e cultural. O plano programático ou institucional refere-se a serviços, programas, projetos e atividades voltadas para combater a epidemia de forma contínua e integrada.

O plano individual relaciona-se a comportamentos que possibilitam a infecção pelo HIV ou a capacidade de adotar comportamentos seguros, plano este que depende, justamente, da interrelação com os dois primeiros. Vê-se, que a mudança de comportamento na prevenção da AIDS passa por coações estruturais de natureza econômica, política, cultural e jurídica muito amplas e enraizadas e diferem de país para país, de região para região, de segmento social para segmento social. E quanto menos acesso à educação e à saúde, quanto mais marginalizados e excluídos, quanto menos recursos os indivíduos tiverem para elaborar escolhas para suas próprias vidas, mais vulneráveis a diferentes riscos eles estarão e pouco poderão fazer para adotarem práticas de proteção (AYRES, 1996; VILLELA, 1996; PAIVA, 1996; AYRES; CALAZANS; FRANÇA JUNIOR, 1998).

Assim, é preciso discutir se existe a possibilidade de se construir os valores da saúde em valores midiáticos, diante de uma realidade social complexa e plural. O conhecimento técnico de estudos epidemiológicos é pautado na mensuração dos dados e nos agravos em saúde coletiva para determinar os mecanismos de intervenção e controle,

mas é importante considerar as questões que são relevantes para decisões políticas. Desta forma todas as questões sociais irão incidir nos determinantes da saúde (BREILH, 2006; BUSS, 2010; LEAL; BITTENCOURT, 2010).

Portanto, doenças pandêmicas a epidemiologia deve ser construída de forma heterogênea em seus objetivos, métodos e práticas. A quantificação é essencial, mas as políticas devem estar abertas a críticas e a fatores multiculturais e de interlocução com a sociedade. Os fenômenos sociais devem ser compreendidos através da intervenção das ciências sociais (GOLDBERG, 2002).

Nesta perspectiva busca-se por uma análise eticamente alinhada às necessidades de uma sociedade desigual, colocando como prisma a vulnerabilidade social, que admite uma exposição desigual das pessoas nas diversas formas de contaminação e acometimento por doenças. Não se pode restringir à visão custo-benefício balizada pelos indicadores de planejamentos tradicionalmente adotados pelo governo, a epidemiologia detém o saber tradicional, mas não exclusivo. Precisam-se avaliar propostas que implicariam não apenas aspectos individuais, mas coletivos, contextuais e ambientais, que derivam, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção dos grupos (AYRES et al., 2009).

Em vista das vulnerabilidades da população e, sobretudo, para os grupos excluídos socialmente, se sugere o diálogo com a epidemiologia, aliado à valorização da percepção dos indivíduos e à discussão da reorganização da gestão e da micropolítica de saúde. Dessa forma, é preciso pensar a saúde e o papel da mídia no sentido de contribuir para melhoria da situação de doenças pandêmicas nas diversas camadas da sociedade. A mídia pode ser considerada um forte aliado nas discussões da gestão em saúde (CECÍLIO, 2001; RANGEL, 2007).

2.3 A EFICÁCIA DA PUBLICIDADE E PROPAGANDA

Como obter sucesso em uma campanha?

Para obter sucesso em uma campanha publicitária não existe uma fórmula pronta ou uma definição única, mas é possível se falar sobre características gerais onde as boas propagandas atendem a algumas condições. Hoje, se acredita que é preciso ter bem definido uma estratégia de Comunicação Integrada de Marketing (CIM) bem orquestrada. A boa propaganda deve levar em consideração o ponto de vista do consumidor e ser sempre persuasiva. A simplicidade é outro ponto fundamental para conseguir se destacar em meio à quantidade de informação e é fundamental que não se prometa mais do que se pode cumprir (SHIMP, 2002).

Com o propósito certo de persuadir e influenciar, a boa propaganda evita que a ideia criativa domine a estratégia, a apropriação da essência da propaganda eficaz de acordo com Schultz e Tannenbaum (2008, p. 75):

É a propaganda criada para um cliente específico. É a propaganda que entende e pensa sobre as necessidades do cliente. É a propaganda que comunica um benefício específico. É a propaganda que destaca uma ação específica a ser realizada pelo consumidor. A boa propaganda entende que as pessoas não compram produtos – compram os benefícios do produto ... Acima de tudo, (a propaganda eficaz) é notada e recordada e leva as pessoas a ação.

O modelo usual para realização de uma boa campanha de publicidade é seguir as determinações estratégicas de CIM como foi citado pelo autor acima. Assim, busca-se a definição de Shimp (2002, p. 17):

CIM é o processo de desenvolvimento e de implementação de várias formas de programas de comunicação persuasivos com clientes existentes e potenciais no decorrer do tempo. O objetivo da CIM é influenciar ou afetar diretamente o comportamento do público-alvo das comunicações ... A CIM faz uso de todas as formas de comunicação que são relevantes para os clientes atuais e potenciais, e às quais eles devem ser receptivos. Em resumo, o processo de CIM começa com o cliente ou prospecto e então retorna determinar e definir formas e métodos através dos quais programas de comunicações persuasivos podem ser desenvolvidos.

Para Odegan e Crescitelli (2007) é preciso mesurar as ferramentas de CIM para uma execução tática dos objetivos estratégicos de um bom posicionamento em marketing.

Desta forma, ele separa e conceitua os objetivos de cada ferramenta: propaganda, relações públicas, marketing direto, marketing digital e ponto de venda.

Os autores supracitados descrevem cada ferramenta onde a propaganda consegue lembrar, informar ou persuadir públicos e mercados, garantir a uniformidade da informação em seus diversos canais midiáticos, sejam eles tradicionais de massa ou de comunicação direta. Essa é a ferramenta que é analisada neste estudo.

Sabe-se da importância das outras ferramentas e é possível identificá-las de acordo com Odegan e Crescitelli (2007). Destaca-se a necessidade de se trabalhar o ponto de venda onde as pessoas estão mais sujeitas a assimilar comunicação, neste caso, em saúde se comprometer com ações preventivas. A importância de se estabelecer o gerenciamento da imagem e o bom relacionamento com os diversos públicos através de uma boa assessoria de imprensa, pois é de grande valia em casos de utilidade pública como as questões relacionadas à saúde. A importância de comunicar-se diretamente com o nosso público faz do Marketing direto uma ferramenta fundamental, para mensurarmos as respostas estímulos comunicacionais e o Marketing digital que já faz parte do cotidiano das pessoas e que também tem uma função de impacto mais imediato e de resposta direta, onde podemos destacar ainda o baixo investimento e grande alcance.

Na área da saúde, percebem-se todas as possibilidades de interação das ferramentas de CIM citadas acima. As Unidades de saúde podem ser consideradas o Ponto de Venda. Os agentes de saúde têm um papel fundamental em estabelecer a relação com os públicos daquela unidade de saúde, criando uma rede de contatos. Essa rede de forma organizada possibilita ações comunicacionais de marketing direto e utilizarmos os espaços de contato virtual como apoio. Assim, todas as ferramentas são extremamente adaptáveis ao desempenho e sucesso em todos os tipos e formatos para campanhas comunicacionais.

2.3.1 Marcas e Símbolos

O universo da comunicação está sempre cheio de significado. São estes símbolos e sua socialização que fazem as pessoas adquirirem valores culturais, crenças e se familiarizarem com o que é transmitido. A simbologia da comunicação está carregada de significados que podem ser transmitidos por gerações. Em relação ao nosso estudo, a luta contra à AIDS está simbolizada pela fita vermelha, símbolo que acompanha

internacionalmente a luta contra a doença. Essa marca conseguiu traduzir uma postura de politicamente correto e apoio massivo de personalidades, ícones mundiais. As pessoas se engajaram na causa mesmo que em momentos pontuais como no dia internacional da luta contra a AIDS (SHIMP, 2002).

A propaganda é o método potencial para a transferência de significado. Os conceitos culturais arraigados nessas simbologias são transferidos para anúncios publicitários. Os valores conhecidos pelo mundo cultural passam a residir na mensagem e provocar a empatia. Isso mostra a necessidade de se fazer campanhas para alertar, mudar conceitos e quebrar preconceitos. Sabe-se que durante estes 30 anos houveram vários fracassos onde a publicidade reforçou o preconceito ou criou situações constrangedoras sempre abordando as mesmas temáticas focadas no uso do preservativo e na situação de risco (SHIMP, 2002).

O consumidor exposto à propaganda não está simplesmente recebendo a informação do anúncio, está ativamente envolvido a atribuir significados. A publicidade tende a aguçar todos os sentidos através de suas técnicas (SHIMP, 2002).

2.3.2 Objetivos da propaganda

O objetivo da propaganda é uma tarefa específica a ser realizada para um público-alvo determinado durante um período de tempo. As principais finalidades da propaganda é informar, persuadir ou lembrar. Tendo como princípio que a persuasão é inerente da publicidade, onde mesmo quando o objetivo principal é de informação ou lembrança a mesma pode ser persuasiva (KOTLER; ARMSTRONG, 2007).

Para profissionais de marketing a escolha de um diferencial competitivo é a grande mola propulsora de uma boa campanha é ele que vai orientar a redação publicitária para um bom slogan. Discute-se em relação a quantidade de informação, quantos atributos deve-se destacar para conseguir conquistar as pessoas. Muitos acham que deve-se destacar apenas o melhor, já outros pensam que mais de um diferencial podem convencer melhor os consumidores. Tratando de saúde esse diferencial pode ser traduzido nos benefícios do tratamento, no diagnóstico precoce ou em ações que podem melhorar a qualidade de vida e prevenir as pessoas de ficarem doentes (KOTLER; ARMSTRONG, 2007).

Para Barreto (1982), a criatividade parte de um problema na maioria esmagadora dos casos. Para ele, não existe criatividade sem um problema. A persistência em queimar pestanas sobre um problema, essa exigência de manter acesa a convicção que existe uma solução é o que nos faz ser criativos. Assim, todo o planejamento parte do pressuposto de um problema de comunicação a ser solucionado, este é o objeto da publicidade.

Mas para que este problema seja solucionado é preciso determinar o público alvo a ser atingido onde para Sampaio (1999), é necessário avaliar o perfil econômico, social, cultural e psicológico. Essa ideia reforça a individualização da informação por grupos, ou seja, este pode ser um dos problemas de falta de identificação de grupos, no caso da pesquisa: os jovens.

Para análise da peça para *facebook* que será exposta no questionário serão avaliados os seguintes quesitos para assimilação:

- a) Reconhecimento do símbolo;
- b) Identificação com o público-alvo;
- c) Alcançar o objetivo da assimilação como INFORMAÇÃO

As novas tecnologias transformaram a comunicação e a interação das pessoas através da tecnologia. Hoje, o mundo digital está habituado em transmitir tendências, teorias, modos de expressão e de produção. Não estamos mais configurados como no início do século XX, é uma nova era, no sentido de nunca feito antes. Tem-se uma nova realidade entre o tempo e o espaço, a comunicação acontece de forma simultânea à realidade, essa promessa futurística, experimentada pela nova geração, onde a realidade é ultrapassada e transformada em novos estilos de vida dentro de um sistema midiático (KOPP; 2004).

Para Torres (2009), estudioso na área de marketing digital a internet está presente em todas as classes sociais, principalmente os jovens que já nasceram com essa nova tecnologia. Os usuários de internet parecem formular preferências semelhantes no consumo de mídia internet. São as mídias onde as pessoas contam suas experiências, buscando e construir uma identidade, criando e recriando conceitos.

Segundo pesquisa do site pmweb e divulgado no site da E-commerce Brasil (2015), o Brasil é o 19º em termos de penetração da internet sobre o total da população. Em um país com 204 milhões de habitantes tem-se 54% de usuários ativos de internet. A utilização da rede por aparelhos móveis é o que mais cresce, aumentou em 15% o número de usuários. Em relação às mídias sociais quase a metade dos brasileiros está ativo em uma

das redes disponíveis, 47% da população e a campeã com 25% dos usuários é o *facebook*. Em outros países desenvolvidos como o Canadá, apenas 29% da população está conectada a uma rede social.

2.4 TERRITÓRIO, CULTURA E COMUNICAÇÃO

Segundo Claval (2007), os grupos são condicionados pela educação que recebem e a cultura aparece como uma herança. Não se pode falar de transformação de uma herança cultural, que se perpassou por gerações, através de simples processos. Essa herança cultural ajudou na disseminação da doença por reforçar hábitos e preconceitos da civilização. Essa herança cultural é passada através dos anos por códigos de comunicação. Onde Claval (2007) define:

Os membros de uma civilização compartilham de códigos de comunicação. Seus hábitos cotidianos são similares. Eles têm em comum um estoque de técnicas de produção e de procedimentos de regulação social que asseguram a sobrevivência e a reprodução do grupo. Eles aderem aos mesmos valores, justificados por uma filosofia, uma ideologia ou uma religião compartilhada (CLAVAL, 2007, p. 63).

A formação da diversidade da sociedade depende do nível técnico, da transmissão da cultura de uma geração a outra ou de um lugar a outro, favorecida pelas trocas, deslocamentos de curta duração ou migrações. Onde no território que estamos estudando existe uma diversidade de culturas e migrações de tempo determinado, o período de estudo universitário. Os alunos passam viver uma nova realidade em outro território, muitos vindos de culturas diferentes como cidades do interior, meio rural e de outras realidades. Observa-se que indivíduos de realidades diferentes não poderiam assimilar da mesma forma informações sobre a doença e seu modo de prevenção. Não se pode desconsiderar a diferença que existe no nível técnico de percepção, muito menos a diversidade cultural devido ao processo de colonização e de migrações e da própria formação do território. Nessa pesquisa foi escolhido o meio Universitário de entrantes em 2016, por estar na idade em que há o aumento nos índices nacionais de contágio da doença, e ter acesso aos meios de comunicação e formação no ensino médio. Essas características levam a uma possível percepção e assimilação de informações básicas para a prevenção (CLAVAL, 2007).

Mas a cultura não é uma realidade que é aceita de forma imposta, com o tempo a sociedade tende a quebrar certas regras e paradigmas que fazem parte da evolução cultural, pois os homens são inventivos, eles reagem aos novos desafios que são impostos pelo meio físico ou pela vida social, melhorando suas técnicas. Enfrentam suas dificuldades que nascem das transformações do ambiente social, modificando suas práticas, criticando os velhos valores e adotando novos (CLAVAL, 2007).

A comunicação poderia em relação a AIDS ter contribuído com informação para acelerar o processo de mudança da percepção, mesmo com uma diversidade cultural tão grande. Em 30 anos que a doença foi descoberta, ainda pode-se observar os mesmos preconceitos em relação à doença e são trabalhadas as mesmas representações sociais. Pois para Claval (2007), a difusão cultural depende da intensidade das comunicações no interior dos diferentes grupos.

Ao se utilizar o conceito de território na saúde proposta por Santos e Silveira (2001, p. 12), segundo os quais “[...] o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”. De acordo com Gondim et al. (2008), não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridam limites impostos por atores determinados.

A noção de território se dá a partir dos pressupostos de distinção do território e espaço (geográfico), ou seja, indivíduos de diversos territórios que irão se modificar à partir desse novo território determinado, a Universidade. De fato, o território é uma construção histórica envolvendo processos sociais a partir das relações de poder (concreto e simbólico) envolvendo sociedade, pessoas e espaço geográfico. No processo de construção do território estão em jogo tanto uma dimensão subjetiva (consciência, apropriação, pertencimento, identidade territorial) quanto objetiva (dominação do espaço, instrumento de ação político-econômico) (LEFEBVRE, 1987).

O território pode ter várias conotações, tem a ver com um poder, ou seja, possui um sentido de poder político, está imerso em relações de dominação e/ou apropriação sociedade-espaço, mas também o território deve ser olhado como sempre múltiplo, envolve o “espaço-tempo vivido”, diverso e complexo, e possui relação mais concreta e funcional à apropriação mais subjetiva e/ou ‘cultural-simbólica’ (HAESBAERT, 2004).

Vê-se que uma compreensão ampliada do território é fundamental para abranger, abordar e planejar ações envolvendo a AIDS. Convém salientar que Barcellos et al. (2002) afirmam que quanto maior a identidade entre a população e seu território, mais facilmente podem ser elaborados os diagnósticos e planejadas as ações de saúde. A situação de saúde não é um atributo dos grupos sociais, ela é o resultado da relação de grupos sociais com seu território.

A territorialização permite analisar os elementos e relações mais relevantes de uma população, que determinam sua qualidade de vida. Reconhecer estas territorialidades permite que os atores dialoguem sobre políticas e práticas de saúde para promover a qualidade de vida da população atendida (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Para Monken et al. (2008), a territorialidade é a maneira como as pessoas utilizam a terra, se organizam no espaço e como significam um lugar. Em um mesmo espaço podem coexistir diferentes territorialidades, dependendo da apropriação realizada, do tempo, relações de poder e objetivos presentes.

Essa rede de relacionamento humano que se constrói no espaço, mesmo que não seja visível, norteia a organização e as relações de poder entre os envolvidos e são denominadas redes de solidariedade. Estas podem ser fatores determinantes na promoção da saúde e criação de ambientes saudáveis e na disseminação da informação para práticas preventivas (MONKEN et al., 2008).

Para Santos (2009), pensar em todas essas discussões relacionadas a uma visão mais simbólica e cultural do conceito de território e principalmente do território da saúde é considerar propostas de intervenção e prevenção respeitando as necessidades desiguais dentro de um mesmo território. Pode-se até pensar em individualização em detrimento às condições de tempo, espaço, ambientais e culturais. Onde em uma doença que atinge a toda a população é necessário observar especificidades, neste caso, os diferentes indivíduos com seus diferentes territórios, o pluralismo de uma Universidade que recebe alunos de várias regiões ao seu entrono.

Sabe-se que o sistema territorial é composto por diferentes elementos. Como destaca Raffestin (1993, p. 150), “a partir de uma representação os atores vão proceder a repartição das superfícies, a implementação de nós e a construção de redes”. Onde os atores nesse novo processo para os entrantes na Universidade vão se modificar, assim como as relações de poder e as atitudes de comportamento.

As relações sociais criadas com o espaço modificam a representação espacial deste, tornando-o um território visto e/ou vivido. Na multidimensionalidade do “vivido” territorial, cria-se sistemas relacionais existenciais e/ou produtivos, constituindo-se a territorialidade. O reconhecimento do território é o primeiro passo para a caracterização dos alunos, seus problemas e interferências (RAFFESTIN, 1993).

Para Santos (1986), “a informação e a comunicação alcançaram em todos os aspectos da vida social, o cotidiano de todas as pessoas assim se enriquece de novas dimensões.” Pretende-se que o território universitário esteja mais propício para a informação, pois é tecnicamente uma estrutura comprometida com o futuro e que uma produção específica como parte de seu conteúdo. Essa nova forma introduz novos relacionamentos, onde o agente e o meio estão diretamente acoplados em uma relação, a do saber (CORAGGIO, 1999).

Observa-se ainda que identidades sejam formadas através das relações sociais, do sentimento de pertencimento, das relações de poder, onde todas estas constituem um território. Nesse contexto, as pessoas se envolvem com os ambientes pertencentes ao lugar; assim, constrói relações sociais importantes para a construção do território. Portanto, a ideia de território caminharia de uma concepção política para cultural (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

As relações sociais criadas com o espaço modificam a representação espacial deste, tornando-o um território visto e/ou vivido. Para Raffestin (1993), na multidimensionalidade do “vivido” territorial, criam-se sistemas relacionais existenciais e/ou produtivos, constituindo-se a territorialidade. Desta forma, delimita-se o espaço desta pesquisa a Universidade Vale do Rio Doce e o território (simbólico), a diversidade e a experiência vivida dos alunos em seus territórios e como este novo território poderá transformar essas realidades entre o que foi visto e o que será visto e vivido.

O território no sentido de apropriação envolve processos de relações simbólicas com o lugar – a Universidade – e principalmente com a informação, no caso específico deste projeto as peças publicitárias para o carnaval veiculadas no *facebook*, onde levando em consideração a pouca experiência vivenciada neste novo território e com suas percepções do território em que foi vivenciado até hoje, os alunos ingressantes possam expressar o que tem de informação sobre a AIDS e as campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde sobre AIDS (HAESBAERT, LIMONAD, 2007).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma metodologia quantitativa que busca orientar as causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva, sendo amplamente utilizados para avaliar projetos que tenham um produto final mensurável como as campanhas institucionais e comportamentos estáveis em relação à doença AIDS (SERAPIONI, 2000). O estudo conta ainda com uma questão qualitativa como forma de validação sobre as campanhas identificadas pelo nosso público.

Os dados quantitativos foram analisados por meio do programa “*Software Package for the Social Sciences*” (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA), realizando uma análise descritiva para as variáveis de interesse.

O universo do estudo foi constituído de estudantes da Universidade Vale do Rio Doce que está situada na cidade de Governador Valadares sendo a primeira Universidade da região, de caráter comunitário. A Univale possui hoje 5.000 alunos, 25 cursos de graduação e educação continuada através dos programas de pós-graduação *stricto e latu sensu*.

Respeitando a proporção necessária, com as referências bibliográficas, tendo em vista que foram considerados os alunos ingressantes em 2016. O perfil do público foi determinado por se tratar de pessoas com ensino médio completo e com acesso às mídias. Foi determinante a escolha de ingressantes por estarem neste momento de transição e dentro da faixa etária de aumento de infectados de acordo com pesquisa nacional. Assim, como critério de inclusão avaliou-se apenas alunos com a idade entre 18 e 24 anos.

Para definição do tamanho da amostra fez-se um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção (LEVY e LEMESHOW, 1991). Considerou-se um nível de confiança de 95%, erro de 5% e o valor de p de 0,05%. O resultado do cálculo, após a correção para n final, feita com base no total de alunos matriculados, apontou uma amostra de 277 discentes, incluído o percentual de 10% referentes a possíveis perdas. O total de alunos ingressantes é de 985.

Utilizou-se para pesquisa a campanha nacional produzida pelo Ministério da Saúde para o carnaval de 2016. Especificamente a peça publicitária produzida para divulgação no *facebook*, onde mesmo que o público não seja assíduo ao carnaval pode ter a chance de ser exposto a publicidade através da mídia (*Facebook*).

O pesquisador se comprometeu a manter sob sua guarda durante 5 anos os questionários de pesquisa e toda a documentação exigida pelo Comitê de Ética e Pesquisa segundo a resolução CNS 466/12. O questionário foi estruturado contendo 10 perguntas, sendo 09 fechadas e uma descritiva (ANEXO).

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce - (CEP UNIVALE) sob o Parecer CEP 1.622.279 – 05/07/2016 – (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B).

3.2 COLETAS DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A aplicação dos questionários aconteceu após o período do carnaval, em sala de aula com a autorização do professor e conhecimento da coordenação do curso. O questionário não foi identificado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se, neste capítulo, os resultados e a análise dos dados obtidos a partir da coleta de dados quantitativos referentes ao questionário aplicado entre alunos ingressantes em 2016 na Universidade Vale do Rio Doce.

Foram considerados alguns aspectos importantes para que fosse possível identificar o público dessa pesquisa. Assim foram feitos os seguintes questionamentos:

Você tem entre 18 e 24 anos?

Essa pergunta foi utilizada como critério de inclusão, uma vez que o questionário era anônimo, quem não se enquadrava no critério não respondeu à pergunta. Portanto, os 277 questionários foram feitos com jovens, homens ou mulheres, com idade entre 18 e 24 anos. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Qual o seu sexo?

Essa pergunta está relacionada à situação biológica do indivíduo, em momento algum se desconsidera pessoas que têm transtorno de gênero ou intitula a pergunta de forma preconceituosa. O questionário é anônimo para não haver constrangimento.

Desta forma, tem-se como resultado 151 entrevistados do sexo feminino e 120 pessoas do sexo masculino. Além disso, verificou-se a situação de 06 entrevistados que não quiseram identificar o seu sexo biológico ou esqueceram-se de assinalar essa questão.

Você já teve relações sexuais?

Esse questionamento é necessário para identificar a população sexualmente ativa nessa faixa etária dos integrantes dessa pesquisa. Dos 05 que não se identificaram segundo o gênero, 03 já fizeram sexo, 01 ainda não teve experiências sexuais e o outro não respondeu. Portanto, esta amostra passa a ser de 272 para aqueles que se identificaram. Trabalha-se agora com este número para identificar as preferências. Onde 151 são mulheres e 121 homens.

Dentre os 121 homens, 92 já tiveram relações sexuais, 25 ainda não e 04 não quiseram responder. Em relação à preferência sexual, apenas 01 não respondeu. A maioria, 115, declarou-se heterossexuais, 03 homossexuais e 02 bissexuais.

Entre as mulheres o número de heterossexuais ainda foi maior com 145, 04 não quiseram responder, 01 se declarou homossexual, e 01 bissexual. Dentre as mulheres 94 já tiveram relações sexuais e 53 não, as mesmas 04 não responderam à pergunta.

Esses dados se diferem da pesquisa realizada pela J. Walter Thompson divulgada no site do correio 24 horas, onde 65% da geração Y (pessoas entre 21 e 30 anos) se identifica como heterossexual, contra 48% da geração Z (13 e 20 anos) (EFRAIM, 2016). Como os entrevistados da pesquisa estão entre essas duas gerações pode-se usar de referência a pesquisa e perceber que o percentual de pessoas que se declaram heterossexuais é muito maior. Entre mulheres e homens o percentual chega a quase 100%. Consideram algumas questões para uma diferença tão grande como: o entrevistado pode ter o medo de revelar sua sexualidade devido ao preconceito mesmo o questionário sendo não identificado e aplicado depois de o entrevistado ter assinado o TCLE.

Depois de identificado o público desta pesquisa, passou-se para o conhecimento do entrevistado sobre as formas de contágio da doença. Essa parte da entrevista é de extrema importância. Através desses resultados é possível entender melhor o nível de informação e conhecimento desse público. Essas informações servem para avaliar qual o papel da comunicação para com esses jovens, esse tipo de pesquisa leva ao entendimento do quanto a comunicação pode interferir como informação.

Para o melhor entendimento dividiu-se a percepção dos indivíduos em relação ao contágio por sexo em algumas das afirmativas. Desta forma, foram excluídos os 05 questionários que não preencheram a resposta referente ao sexo biológico, e um dos entrevistados homem, não quis responder a esta pergunta.

A pergunta era: De acordo com os seus conhecimentos sobre AIDS avalie cada afirmativa onde 01 o risco de contrair a doença é nulo e 05 o grau mais elevado de contaminação. Classifica-se como 1 – risco nulo; 2 pouco risco; 03 – risco moderado; 04 – alto risco; 05 – extremamente arriscado:

De acordo com o número total de 271 questionários aplicados a indivíduos dos sexos feminino e masculino, os gráficos a seguir representam o resultado da avaliação:

Você pode pegar AIDS:

Pelo abraço ou aperto de mão, constatou-se que 96% consideram de risco nulo, 3% pouco risco e 1% risco moderado. Mesmo sendo apenas onze respostas positivas para essa pergunta, temos que levar em consideração que esta informação ainda é desconhecida por alguns indivíduos do grupo, o que pode gerar situações de preconceito. (Gráfico 1). Assim, poderíamos considerar propostas de intervenção e prevenção, considerando Santos que diz ainda que devemos respeitar necessidades desiguais dentro de um mesmo território (SANTOS, 2009).

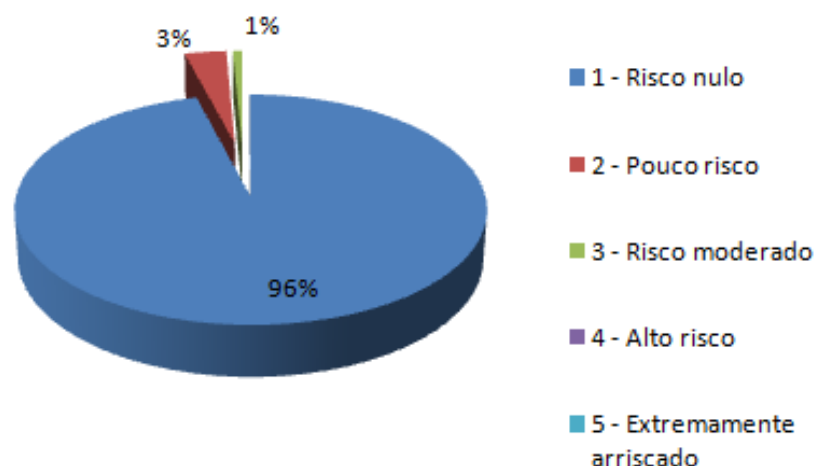


Gráfico 1 – Risco de contrair a doença pelo abraço ou aperto de mão.

Fonte: Dados da pesquisa.

Fazendo sexo sem camisinha, constatou-se que 94% consideram extremamente arriscado; 1% dos participantes da pesquisa consideram de risco nulo; 0% pouco risco; 2% risco moderado; 3% alto risco. Aqui se constata, que todo o trabalho e a relação de que a maioria das campanhas usa o preservativo como tema principal conseguiu passar a informação. Em matéria na globo.com confirma-se que 94% dos brasileiros sabem que o melhor método para se evitar a transmissão da AIDS é o uso do preservativo, mas 45% afirmaram não ter usado camisinha em 2013 (CHIORO, 2016). (Gráfico 2).

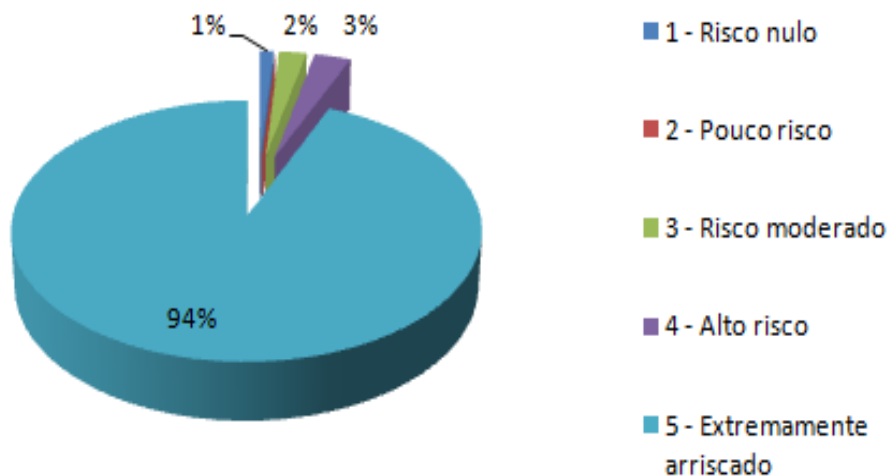


Gráfico 2 – Risco de contrair a doença fazendo sexo sem camisinha.

Fonte: Dados da pesquisa.

Bebendo água no mesmo copo constatou-se que 73% dos participantes da pesquisa consideraram de risco nulo; 14% pouco risco; 11% risco moderado; 2% alto risco; 0% extremamente arriscado. Após 30 anos de descoberta da doença as informações sobre a mesma ainda não foram suficientes, deixando em dúvida questões básicas de formas de transmissão, como o percentual encontrado nessa pergunta. Devemos levar em consideração o grau de instrução, e que o entrevistado já percorreu por muitos anos ambientes escolares formais com a conclusão do ensino médio. (Gráfico 3). Abre-se prerrogativas onde para Monken existe a possibilidade de transformar o espaço Universitário em redes de solidariedade. Estas podem ser fatores determinantes na promoção da saúde e criação de ambientes saudáveis e na disseminação da informação para práticas preventivas (MONKEN et al., 2008).

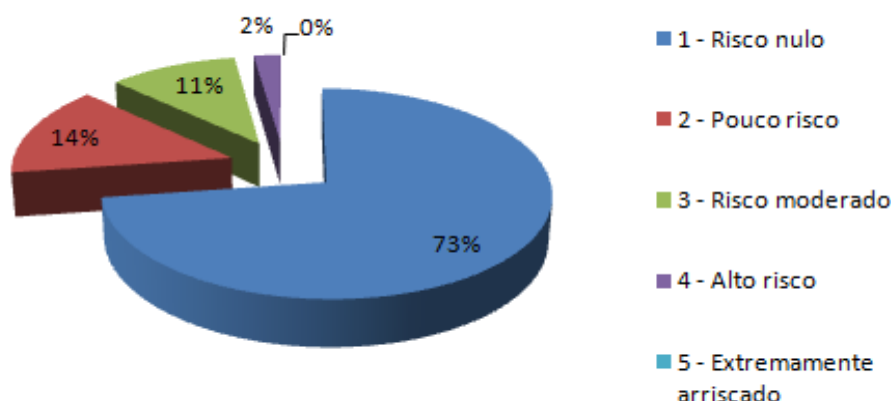


Gráfico 3 – Risco de contrair a doença bebendo água no mesmo copo.

Fonte: Dados da pesquisa.

Compartilhando seringas constatou-se que 93% consideraram extremamente arriscado; 0% dos participantes da pesquisa considera de risco nulo; 1% pouco risco; 2% risco moderado; 4% alto risco. A infecção por AIDS através de seringas acontece através de usuários de drogas injetáveis. Segundo boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), essa população vem diminuindo. Os programas que fornecem os quites individuais gratuitamente para os usuários fazerem uso da droga tem surtido efeito. Essa informação também é bem difundida entre os jovens entrevistados, em sua grande maioria sabem que o risco é extremo neste tipo de possibilidade de infecção do vírus HIV. (Gráfico 4).

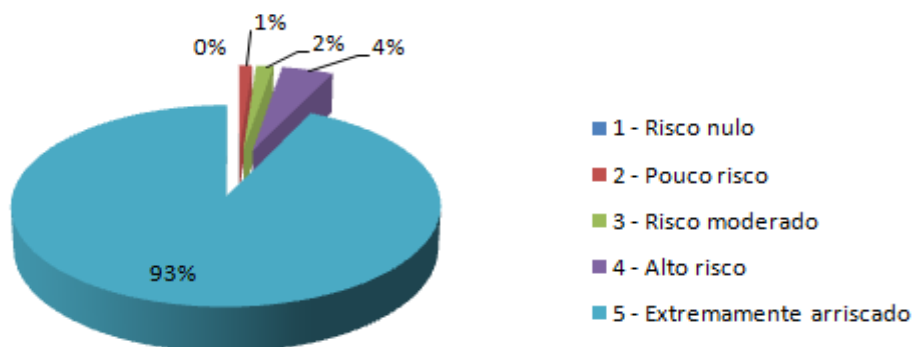


Gráfico 4 – Risco de contrair a doença pelo compartilhamento de seringas.

Fonte: Dados da pesquisa.

Por sexo oral sem proteção constatou-se que 7% dos participantes da pesquisa consideram de risco nulo; 7% pouco risco; 21% risco moderado; 17% alto risco; 48% extremamente arriscado (Gráfico 5). Onde Baggaley observou diversos artigos sobre transmissão e pode-se chegar à conclusão através de seus estudos que a chance de contrair HIV através do sexo oral é de 0,04% (BAGGALEY, 2008).

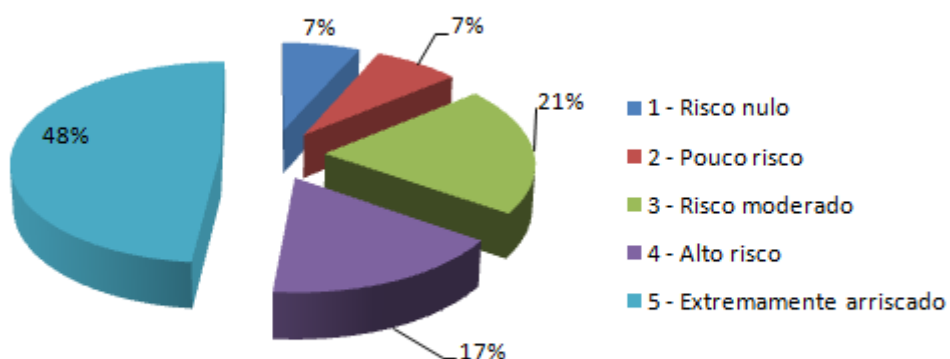


Gráfico 5 – Risco de contrair a doença por sexo oral sem proteção.

Fonte: Dados da pesquisa.

Por sexo com preservativo constatou-se que 52% dos participantes da pesquisa consideram de risco nulo; 28% pouco risco; 13% risco moderado; 3% alto risco; 4% extremamente arriscado (Gráfico 6).

Esse questionamento era a forma de confirmação da eficácia das repetidas campanhas que utilizam o uso do preservativo como melhor forma de prevenir a doença. Observa-se, que ainda há dúvida da seguridade do método. Na pergunta acima que foram questionados sobre sexo sem preservativo, todos consideraram o risco extremamente alarmante. Quando se coloca a camisinha como seguridade para o sexo um bom percentual acha que mesmo sendo pequeno o risco ele ainda existe.

Em relação ao sexo seguro quando perguntados sobre fazer sem camisinha a maioria, 92%, consideraram o risco muito alto. Porém, quando questiona-se sobre a segurança do sexo com camisinha 40% diz perceber muito pouco ou um pouco de risco na relação. Esse dado sugere que há algum receio em relação ao preservativo, seja na forma de utilização ou de algum acidente durante a relação.

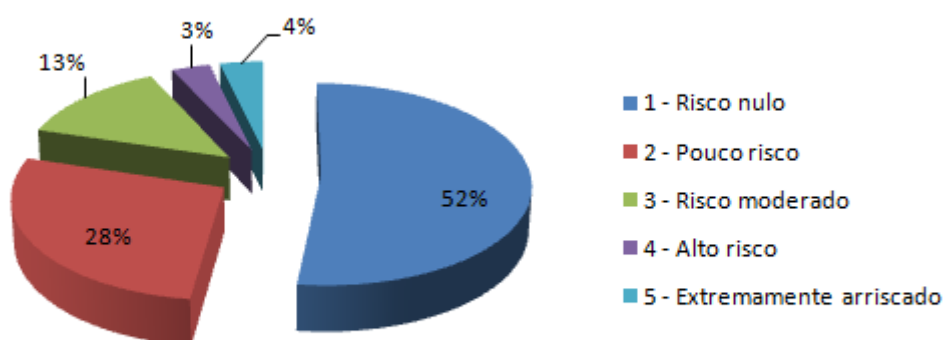


Gráfico 6 – Risco de contrair a doença por sexo com preservativo.

Fonte: Dados da pesquisa.

No Dentista constatou-se que 24% dos participantes da pesquisa consideram de risco nulo; 19% pouco risco; 28% risco moderado; 11% alto risco; 18% extremamente

arriscado (Gráfico 7). Esse dado revela mais uma vez a falta de informação dos jovens nas formas de contaminação da AIDS. Os cirurgiões dentistas como profissionais da saúde devem ter todo cuidado necessário para tratar o paciente, essa informação pode ser comparada aos procedimentos que devem ser seguidos para evitar a AIDS em centros cirúrgicos ou através de transfusão de sangue (que deveriam ser rigorosos e criteriosos). Dos entrevistados 57% pensam que o risco em relação ao dentista está de moderado a muito alto. Se isso caracteriza o subconsciente dessa camada da população, estes deveriam ter uma forte rejeição ao tratamento dentário.

Apesar de não haver casos de contaminação os próprios profissionais precisam de treinamento e informação. Em uma proposta de melhoria no atendimento, na qualidade da informação e na educação em saúde tanto do profissional como do paciente, Maria de Fátima Nunes e seus colaboradores publicaram a pesquisa que leva como proposta uma educação permanente em formato de programa para os profissionais em atenção à saúde bucal do sistema público. O projeto foi desenvolvido na cidade de Goiânia e percebeu a necessidade de transformar a atitude passiva e resistente em uma postura pro ativa e crítica. Assim, as melhoras foram consideráveis no controle da biossegurança, em equipamentos e materiais de consumo. O projeto foi além e pensou na informação sobre prevenção nos ambientes de ensino envolvendo os profissionais de saúde (NUNES et al, 2008).

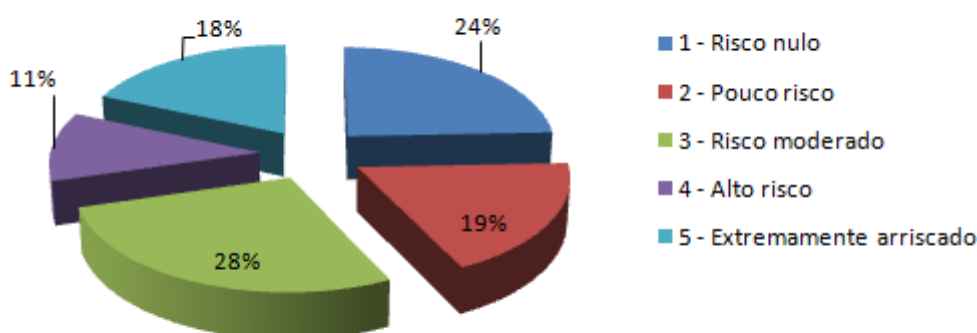


Gráfico 7 – Risco de contrair a doença no dentista.
Fonte: Dados da pesquisa.

Por sexo anal sem proteção constatou-se que 4% dos participantes da pesquisa consideram de risco nulo; 1% pouco risco; 8% risco moderado; 8% alto risco; 79% extremamente arriscado (Gráfico 8). A grande maioria dos entrevistados considera extremamente arriscado fazer sexo anal sem camisinha e o risco realmente é bem maior, principalmente quem pratica as relações receptivas. Como demonstra os estudos em países desenvolvidos de Baggaley e seus amigos, que considera que o sexo anal receptivo tem uma estimativa maior de contágio, esses estudos mostram que a transmissão no sexo vaginal do vírus é de 0,08%, enquanto a estimativa para o sexo anal receptivo é 18 vezes maior (BAGGALEY, 2008).

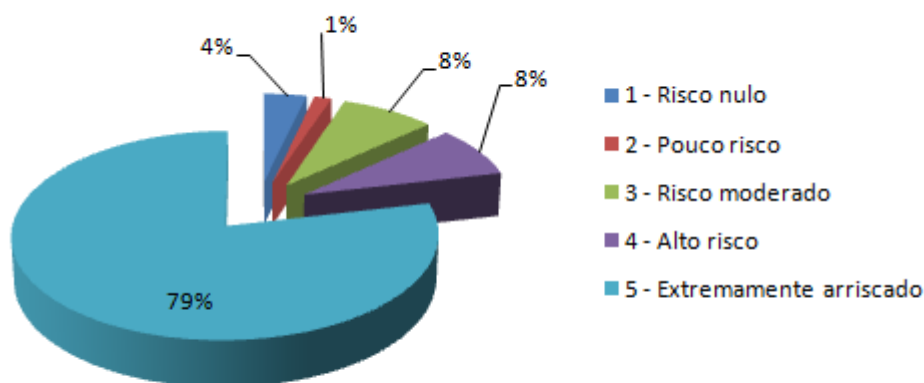


Gráfico 8 – Risco de contrair a doença por sexo anal sem proteção.
Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o número total de 151 questionários do sexo feminino:

Na Manicure constatou-se que 6% dos participantes da pesquisa consideram de risco nulo; 9% pouco risco; 21% risco moderado; 23% alto risco; 41% extremamente arriscado (Gráfico 9).

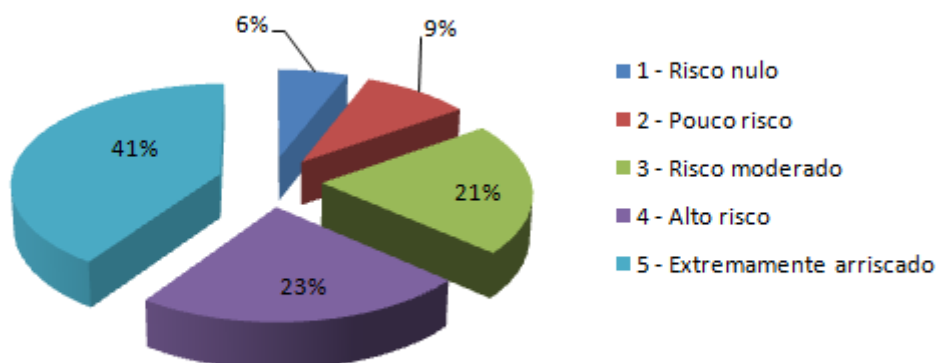


Gráfico 9 – Risco de contrair a doença na manicure – sexo feminino.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o número total de 120 questionários do sexo Masculino:

Na **Manicure** constatou-se que 19% dos participantes da pesquisa consideram de risco nulo; 23% pouco risco; 28% risco moderado; 17% alto risco; 13% extremamente arriscado (Gráfico 10).

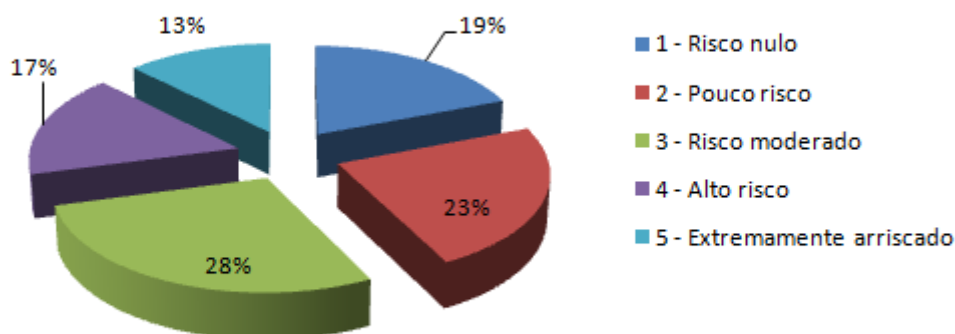


Gráfico 10 – Risco de contrair a doença na manicure - sexo masculino.

Fonte: Dados da pesquisa.

No site do Ministério da Saúde refere-se a materiais pérfuro cortantes, mas quando sinalizam os alicates de manicure alertam mais para as infecções de hepatite (BRASIL, 2009).

No boletim epidemiológico de 2015 em relação a transmissão pelo HIV são classificados, UDI (Usuários de Drogas Injetáveis), Heterossexuais, (HSH) Homens que fazem Sexo com Homens, Hemofílicos e a Transmissão Vertical. Não há no Brasil casos registrados de contaminação por acidente de trabalho, manicure ou Dentista. (BRASIL, 2015)

A maioria das mulheres classificou esse procedimento como altamente provável de contaminação. Entre as mulheres 85% pensam que fazer as unhas tem um risco de moderado a muito alto. A maioria das mulheres tem em sua rotina a prática de fazer as unhas, importante ressaltar a necessidade de esterilização do material das profissionais da área para evitar o contágio de doenças de pele e a hepatite B, por exemplo.

Ente os homens, apensar de utilizarem menos esse tipo de serviço ou com menor frequência, há um pouco mais de consciência sobre o risco, mas também é considerável o número de entrevistado que julgam ser um risco.

Em relação à publicidade e a peça publicitária:

Você se lembra de alguma campanha de prevenção a AIDS?

De todos os entrevistados 151 responderam que sim e 126 responderam que não. Em porcentagem esses dados correspondem que 54,6% disseram já ter visto alguma campanha e 45,4% não. Porém este dado pode ser constatado com a pergunta seguinte, na qual o entrevistado deveria descrever uma campanha. 20,6% dos que responderam sim, não identificaram a campanha. 61,1% citaram situações que tiveram contato com informações sobre a doença como os postos de saúde e suas intervenções, distribuição de camisinhas em semáforos e postos policiais rodoviários na época do carnaval, campanhas de carnaval sem identificar, palestras em escolas, e outras atividades que são vistas e feitas por equipes de saúde, voluntários e pelo próprio sistema público de saúde. Essa grande maioria mostra que a educação em saúde e os trabalhos voltados para educação e prevenção são os mais lembrados pelos jovens. Talvez a descentralização do investimento

em campanhas massivas e o fortalecimento do trabalho junto à rede de serviço em saúde e as escolas possam trazer mais resultados. 7,1% citaram veículos de comunicação como a TV.

Apenas 11,1% tentaram identificar alguma campanha publicitária. 33,6% citaram a campanha da UNAIDS em parceria com a rede globo que vem ao encontro com o protocolo adotado pelo Brasil, onde todos que foram diagnosticados com a doença devem começar o tratamento. Sabe-se que as pessoas que estão em tratamento e mantêm a sua carga viral indetectável diminuem o risco de transmissão da doença. Como indica o estudo de PARTNER citado no referencial teórico dessa pesquisa. A Campanha sinaliza que a AIDS é uma doença grave, mas tem tratamento e quanto mais cedo for o diagnóstico maiores às chances.

01 – Campanha da UNAIDS em parceria com a Rede Globo:



A UNAIDS é um programa das Nações Unidas criado em 1996 que tem por finalidade ajudar as nações a desenvolver estratégias de combate a AIDS.

Outra campanha citada por 21% dos entrevistados foi a que sugere que a AIDS não tem preconceito, onde não se podem identificar as pessoas com HIV. A campanha foi voltada para o público jovem trazendo pessoas novas de diversas etnias.

02 – Campanha a AIDS não tem preconceito, você também não deve ter:

VIVEM COM AIDS. E PODEM NÃO SER QUEM VOCÊ PENSA.

A aids não tem preconceito. Você também não deve ter.

Estas pessoas tiveram coragem de se expor aqui para mostrar que, apesar de conviverem com o vírus, não são diferentes de você. Faça como elas: entre nesta luta contra o preconceito e lembre-se de usar sempre camisinha.

www.todoscontraopreconceito.com.br

SUS + Ministério da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

VIVER COM AIDS É POSSÍVEL. COM O PRECONCEITO NÃO.

Essa campanha foi veiculada em 2011 e tinha como foco os jovens, como vê-se nas imagens da peça. Através da redação publicitária, a finalidade era mostrar que a AIDS não tem cara e pode atingir qualquer pessoa e de qualquer sexo.

03 – Faça o que quiser, mas faça com camisinha:



Essa campanha foi veiculada pelo Ministério da Saúde em 2009, tinha um apelo sexual e vinha com a figura masculina e feminina em corpos nus cobertos de camisinha. A mensagem é libertadora. A maioria das campanhas produzidas e citadas tem a sua mensagem atrelada ao uso da camisinha. A disseminação dessa informação ainda é a principal mensagem veiculada pelo Ministério da Saúde. A citação dessa campanha corresponde a 7%.

A campanha veiculada no Carnaval de 2014 pelo Governo do Estado de Minas com o Slogan – “Use quando você não estiver usando mais nada” – foi citada por 07% dos participantes da pesquisa, mas não foi encontrada nenhuma peça na plataforma de pesquisa google. A campanha também tinha foco no uso do preservativo.

Um dos entrevistados sinalizou uma campanha onde a atriz e apresentadora Regina Casé seria a protagonista, não foi identificada na plataforma de pesquisa google.

Os outros 28,6% dos entrevistados tentaram descrever campanhas ou peças publicitárias referentes ao assunto, mas sem êxito para identificação. O que foi descrito não nos deu condição de entender como seria o anúncio.

Para avaliar as redes sociais foi dividido novamente por identificação de sexo. O aumento do número de contaminados é maior entre homens gays. Poderia haver uma tendência de estratificação do público tendo como prioridade o masculino. O *facebook* permite direcionar o público de acordo com o sexo.

Assim, identifica-se que 85 mulheres não viram a campanha nas redes sociais e 64 viram, sendo que 02 não responderam. Em relação aos homens 37 disseram que viram a campanha e 82 disseram que não, apenas 02 não quiseram responder. Apesar de um número significativo afirmar ter visto a campanha, a mesma não foi citada na identificação de campanhas vistas sobre AIDS.

A seguinte pergunta “A figura associada ao carnaval te lembraria de levar o preservativo antes de sair de casa?” foi feita para identificar o nível de convencimento da peça.

Entre as mulheres 104 afirmaram que a peça as lembraria de levar a camisinha, enquanto 46 disseram não. O número entre os homens é maior proporcionalmente 94 disseram que sim e apenas 27 disseram que não. Em relação à motivação isso corresponde que 68,9% das mulheres e 77,7% dos homens seriam induzidos pela peça a sair com o preservativo.

Para confirmar essa pergunta, fez-se a seguinte: Você sai de casa com camisinha? O resultado obtido foi que 91 homens disseram que sim e 30 disseram que não. Já as mulheres apenas 10 disseram que sim enquanto 141 disseram que não.

Assim, pode-se confirmar que os jovens já sabem da necessidade do uso do preservativo, os homens já têm o costume de sair com o preservativo. Já as mulheres reconhecem que a propaganda produzida pelo Ministério da Saúde as lembrariam de levar a camisinha antes de sair de casa. Esse dado apesar de interessante não reflete no comportamento, pois a grande maioria afirmou não sair de casa com camisinha na pergunta seguinte

Desta maneira, pode-se avaliar algumas pesquisas como o boletim do Ministério da Saúde que retrata a realidade do comportamento sexual do brasileiro produzido em 2009,

mostra que apenas 40,2% dos homens entrevistados e 29,7% das mulheres usaram camisinha na última relação sexual dos últimos 12 meses (BRASIL, 2009).

Em pesquisa feita pelo Instituto Avon e Data Popular com 2.046 jovens de 16 a 24 anos de todas as regiões do país – sendo 1.029 mulheres e 1.017 homens 37% das mulheres afirmaram já terem feito sexo sem camisinha por insistência do parceiro.

5 CONCLUSÃO

Os jovens da Universidade Vale do Rio Doce revelam um comportamento tradicional em relação às preferências sexuais e a iniciação sexual. O número de pessoas que se declaram heterossexuais é muito maior do que as pesquisas apontam para essa geração.

O nível de informação sobre contágio da doença é preocupante, a pesquisa revela que nos dias de hoje ainda existem pessoas ingressantes no ensino superior que pensam que AIDS se pega bebendo água no copo de outras pessoas, no dentista ou na manicure.

Em relação à publicidade que é ponto fundamental da nossa discussão podemos concluir que as campanhas do Ministério da Saúde são repetitivas e na sua maioria replica uma informação que já é conhecida. Pois a pesquisa do próprio Ministério afirma que 94% dos brasileiros sabem que para evitar a AIDS é preciso usar camisinha. O que não se muda é o comportamento. Sabemos que existem outros pontos que podem ser explorados para tentar convencer os jovens em mudar essa realidade como a realização de testes para HIV o tratamento que diminui o risco de contaminação.

Observou-se que ainda é limitado o conhecimento dos jovens sobre a doença e suas formas de contágio, não existe um esforço comunicacional periódico. Essa falta de conhecimento pode gerar inclusive atitudes de preconceito e exclusão de portadores da doença.

Outro ponto é que as campanhas estão sempre ligadas ao período festivo do carnaval, sempre em poucos meses de veiculação com um tom de humor. Seria preciso criar campanhas que tivessem uma tem maior, com ações diversificadas e utilizando todas as ferramentas de Comunicação Integrada de Marketing.

A publicidade precisa, hoje, de outras ferramentas atuando em conjunto. Além da mídia de massa não podemos descartar a rede de informação em saúde, a rede educacional, as redes sociais. Para obter êxito é preciso um esforço maior, onde em todas as áreas poderíamos ter ações comunicacionais que conscientizasse e informasse sobre AIDS. O que fica evidente é como se as pessoas ficassem susceptíveis a doença na época do carnaval.

Ficou claro na pesquisa que o que se tem de informação sobre a doença aconteceu através de atividades de comunicação atreladas às do cotidiano (escola, posto de saúde).

Para se gastar com comunicação é preciso mensurar o retorno. Qual é o objetivo dessas campanhas publicitárias? Isso não fica claro. Essa última campanha fala de levar a camisinha para o carnaval, esta informação todos já assimilaram. Não podemos garantir que a comunicação irá promover a mudança de comportamento, mas ela é uma ferramenta para a construção da mudança.

Para concluir é preciso aliar a comunicação e a educação em saúde em projetos perenes que possam informar sobre métodos preventivos, sobre tratamento e formas de contágio. Essas campanhas publicitárias esporádicas são pouco eficazes e acaba sendo um desperdício de investimento.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ALETHA, Y. et al. Interventions to improve parental communication about sex: a systematic review. **Pediatrics** 2011, Elk Grove Village, v. 127, p. 494–510, 2011.
- ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contadas pela história oral. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 263- 274, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-43.
- AYRES, J. R. C. M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV/AIDS e abuso de drogas entre adolescentes**. São Paulo: Fac. de Medicina da USP, 1996.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JÚNIOR, I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. In: **Seminário Gravidez na Adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde/Usaid, 1998.
- BAGGALEY RF, WHITE RG, BOILY MC. Systematic review of orogenital HIV-1 transmission probabilities. *Int J Epidemiol* 2008; 37:1255–1265. 68.
- BARCELLOS, C. C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11 n.3, p. 129-138, 2002.
- BARRETO, R. M. **Criatividade em propaganda**: 10 ed. São Paulo: Summus, 1982.
- BARROS FILHO, C. **Ética na comunicação**: da informação ao receptor. São Paulo: Moderna, 2001.
- BELDA, W.; CATTAPAN, A.; SANTOS JÚNIOR, M. F. Q. Considerações sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida. *AIDS (I)*. **Bol Inf Unión**, v. 9, n. 33. P. 2-5, 1984.
- BLAIR, T. et al. Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents a meta-analysis of trials, 1985-200. **Arch Pediatr Adolesc Med**, Phoenix, v. 165, n. 1, p. 77-84, 2011.
- BRASIL. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. O retrato do comportamento sexual do brasileiro. In: **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais**, jun, 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/o-retrato-do-comportamento-sexual-do-brasileiro>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html. Acesso em: 2 fev. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**, 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/56677/boletim_2015_final_pdf_15565.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF: Programa Nacional de DST/AIDS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico: Aids e DST**. ano 8, n. 1, 2012.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.1, p.7-30, Jan./Mar. 1996.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Tropical**. v. 34, n. 2, p. 207-17, 2001.

BUSS, P. Saúde Pública hoje. In: HORTALE, V. A. et al. (Orgs.). **Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 33-55.
CÂMARA, C.; LIMA, R. M. Histórico das ONGs/AIDS e sua contribuição no campo das lutas sociais. Direitos humanos, cidadania e AIDS. **Cadernos Abong**, v. 28, n. 1, p. 29-74, 2000.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-26.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante e na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, 2001.

CHEN, L. F. et al. Ten years of highly active antiretroviral therapy for HIV infection. **Medical Journal of Australia**, v. 186, n. 3, p. 146151, 2007.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**. Brasília: 2001. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

CHIORO, A. Camisinha: 45% dos brasileiros não a usam: Ministério da Saúde apresenta pesquisa no lançamento de campanha de carnaval. In: O Globo, 2016. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/camisinha-45-dos-brasileiros-nao-usam-15181153>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

CLAVAL, P. A **Geografia cultural**. Florianópolis: UFSC, 2007.

COHEN, B. C. **The press and foreign policy**. Princeton University Press, Princeton, 1963.

CORAGGIO, J. L. **Política Social y Economía del trabajo**: alternativas a la política neoliberal para la ciudad. Madrid: Miño y Dávila, 1999.

ECOMMERCE BRASIL. Pesquisa mostra dados da internet no Brasil em 2015. In: **Ecommerce Brasil**, fev. 2015. Disponível em: <<https://www.ecommercebrasil.com.br/noticias/pesquisa-mostra-dados-da-internet-no-brasil-em-2015>> Acesso: 20 mar. 2016.

EFRAIM, A. Bissexualidade aumenta entre jovens; orientação é tendência para o futuro? In: **Correio 24horas**, 2016. Disponível em: <<http://www.correio24horas.com.br/single-entretenimento/noticia/bissexualidade-aumenta-entre-jovens-orientacao-e-tendencia-para-o-futuro/?cHash=48dc69d9a47b220f6e397b43bf2467bf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

FRANCO, S. R. K. **O construtivismo e a educação**. 4 ed. Porto Alegre: Mediação, 1995.100 p.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 7 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 149p.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.79p.

GENTILLI, V. **Democracia de massas**: jornalismo e cidadania. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Epidemiologia**: teoria e objeto. 3 ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 2002. p. 87-136.

GONDIM, G. M. M, et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GRECO, D. B. Ética, saúde e pobreza: as doenças emergentes no século XXI. **Bioética**, v. 7, n. 1, p. 189-98, 1999.

GROSSI, G. Livelli di mediazione simbolica nell'informazione di massa. In: LIVOLSI, M. (a cargo de), **Sociologia dei processi culturali**. Angeli, Milão, 1983.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialização. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 39-52, ago. 2007.

INNERARITY, D. **O novo espaço público**. Lisboa: Editorial Teorema AS, 2006.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Org.), **Psicología Social II**, Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, 1986.

KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras**: Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília, 2009.

KOPP, R. **Design gráfico cambiante**. 2. ed. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2004.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. 12 ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 2007.

LEAL, M. C.; BITTENCOURT, S. A. Desenvolvimento da pesquisa epidemiológica em saúde pública: sugestões baseadas na experiência. In: HORTALE, V. A. et al. (Orgs.). **Pesquisa em Saúde Coletiva**: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 129-49.

LEFEBVRE, H. La production de l'espace. Paris: Anthropos (1987). In: HAESBAERT R, LIMONAD E. O território em tempos de globalização. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas**:. Rio de Janeiro. v. 1, n. 2, p. 39-52, 2007.

LEVY, P.S.; LEMESHOW, S. **Sampling of populations**: methods and applications. New York, 1991.

LIMA, H. M. M.; CARDOSO, J. Campanhas do governo federal em duas décadas de epidemia. In: III Congresso Nacional de prevenção às DST/AIDS. **Anais**. Rio de Janeiro, RJ, 1999. p.171.

LINDNER, L. ENONG — **Encontro nacional de ONG/AIDS**: construção de sonhos e lutas. Curitiba: Grupo Dignidade, 2005.

MANN, J. et al. (Org.). **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1992.

MARINS, J. R. P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v. 17, n. 1, p. 1675-1682, 2003.

MARTIN, D. **Mulheres e AIDS**: uma abordagem antropológica. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MONKEN, M. et al. **O Território na Saúde: construindo referências para análise em saúde e ambiente.** 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2016.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NUNES, MF. et al. A proposta de educação permanente em saúde na formação de cirurgiões dentistas em DST/HIV/AIDS. Interface – Comunic.. Saúde, Educação, Botucatu, 2008. Disponível em <http://www.interface.org.br>>. Acesso em 18 de outubro de 2016.

ODEGAN, J. R.; CRESCITELLI, E. **Comunicação integrada de marketing: conceitos, técnicas e praticas** 2 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. F. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, R. (org.) **Saúde e medicina no Brasil**, 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 181-205.

PAIM, J. S. A organização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

PAIVA, V. **Fazendo arte com camisinha: a história de um projeto de prevenção de AIDS para jovens.** Tese (Doutorado) – USP, São Paulo, 1996.

PAULILO, M. A. **AIDS: os sentidos do risco.** São Paulo: Veras, 1999.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In:

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco, 2005. p. 11-31.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco, 2005. p. 91-101.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder.** São Paulo: Ática, 1993.

RANGEL, S. M. L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Cienc Saúde Colet.** v. 12, n. 5, p. 1375-85, 2007.

RIBEIRO, A. P. G. A mídia e o lugar da história. In: HERSCHAMANN, M.; PEREIRA, C. A. (org.). **Mídia, memória e celebridades**. 2 ed. Rio de Janeiro: E-Papers, 2005. p. 105-29.

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento?. In: _____. **AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas**. Rio de Janeiro. Seminário. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. 204p.

RODGER, A. et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. **Antivir Ther.** v. 18, n. 3, p. 285-7, 2014.

SAMPAIO, R: **Propaganda de A a Z**: como usar a propaganda para construir marcas e empresas de sucesso. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

SANTOS M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: HUCITEC, 1986.

SANTOS, A. A. Lugar e Território: o sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Rev. Geográfica Venezuelana**. Venezuela. v. 50, n. 1, p. 159-172, 2009.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHULTZ, D. E. TANNENBAUM, S. Essentials of advertising strategy. **International Journal of Advertising**: the review of marketing communications v. 27, n. 4, 2008.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SHAW, E. Agenda-setting and mass communication theory; **Gazette** (International Journal for Mass Communication Studies), v 25, n. 2, p 96-105, 1997.

SHIMP, T. A. **Propaganda e promoção**: aspectos complementares da comunicação integrada de marketing. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2002

SODRÉ, M. **A narração do fato**: notas para uma teoria do acontecimento. Petrópolis: Vozes, 2009.

TORRES, C. **A bíblia do marketing digital**. São Paulo: Novatec, 2009.

VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. M. (Org.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VERONESI R. **Tratado de Infectologia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

VILLELA, W. **Oficinas de sexo mais seguro para mulheres**. abordagens metodológicas e de avaliação. São Paulo: NEPAIDS/USP, 1996.

WOLF, M. **Teorias da comunicação**. 5 ed. Lisboa: Editorial Presença, 1999.

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Assimilação das Campanhas Publicitárias do Ministério da Saúde de prevenção a AIDS pelos alunos da Universidade Vale do Rio Doce

Pesquisador: Pedro Lucca Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55401616.7.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.622.279

Apresentação do Projeto:

Satisfatório

Objetivo da Pesquisa:

Satisfatório

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Satisfatório, porém os riscos foram apenas descritos no TCLE não estando presente no Projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Satisfatória

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Satisfatório.

Recomendações:

Recomenda-se que os riscos sejam descritos no Projeto, como foram no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UNIVALE, em reunião ordinária, acompanha o

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02
 Bairro: Universitário CEP: 35.020-220
 UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
 Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3279-5543 E-mail: cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 1.622.279

parecer do Relator e considera o Projeto APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	21/06/2016 11:21:09		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso.docx	21/06/2016 11:21:04	Pedro Lucca Neto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DEFERIMENTO.docx	21/06/2016 11:13:46	Pedro Lucca Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/06/2016 11:11:10	Pedro Lucca Neto	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.docx	21/06/2016 11:10:14	Pedro Lucca Neto	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699115.pdf	20/04/2016 17:03:37		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	20/04/2016 16:51:18	Pedro Lucca Neto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 05 de Julho de 2016

Assinado por:
Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02
Bairro: Universitário CEP: 35.020-220
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3279-5543 E-mail: cep@univale.br

ANEXO B – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: Assimilação das Campanhas Publicitárias do Ministério da Saúde de prevenção a AIDS pelos alunos da Universidade Vale do Rio Doce.
Natureza do Projeto: Pesquisa
Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde (MGIT)
Pesquisador Responsável: Eliana Martins Marcolino
Nome do Mestrando Participante: Pedro Lucca Neto
Contato com pesquisador responsável: Campus Antônio Rodrigues Coelho - Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 - Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG - Telefone(s): (33)3279-5549/ (33)98879-7740

2 – Informações ao participante:

- 1)** Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Assimilação das Campanhas Publicitárias do Ministério da Saúde de prevenção a AIDS pelos alunos da Universidade Vale do Rio Doce.
 - 2)** A pesquisa terá como objetivo Constatar o nível de informação dos universitários da Univale em relação à prevenção da AIDS, Pesquisar a percepção que os universitários possuem sobre as campanhas publicitárias referente à AIDS e observar se a peça da campanha escolhida estimula a ação proposta.
 - 3)** Os Universitários responderão a um questionário contendo 9 questões fechadas e uma questão dissertativa.
 - 4)** Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: Ao responder as perguntas é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder passe para a próxima pergunta. Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante o período de respostas ao questionário. Sua participação será apenas de fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de 20 minutos.
 - 5)** Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
-

6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Em nenhum momento será identificado o nome dos participantes.

10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

11) O pesquisador compromete manter sob sua guarda em arquivo pessoal, durante 5 anos, os questionários de pesquisa e toda a documentação exigida pelo Comitê de Ética e Pesquisa segundo a resolução CNS 466/12

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA UNIVALE

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA COM ALUNOS DA UNIVALE

De: Pedro Lucca Neto – Aluno do Mestrado em Gestão integrada do Território

Para: José Geraldo Lemos Prata – Magnífico reitor da Univale.

Prezado Reitor,

Meu nome é Pedro Lucca Neto e sou aluno do Mestrado em Gestão Integrada do Território. Venho por meio desta pedir autorização a esta renomada Instituição para realizar uma pesquisa com alunos entrantes no ano de 2016.

Segue abaixo as especificações da pesquisa:

APRESENTAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

Assimilação das Campanhas Publicitárias do Ministério da Saúde de prevenção a AIDS pelos alunos da Universidade Vale do Rio Doce

DELIMITAÇÃO DO ASSUNTO

Este trabalho tem a proposta de avaliar a assimilação¹ das campanhas publicitárias de prevenção da AIDS produzidas pelo Ministério da Saúde pelos jovens universitários, tendo como sujeito da pesquisa os estudantes da Universidade Vale do Rio Doce, situada em Governador Valadares, Minas Gerais.

PROBLEMA DE PESQUISA

Existe assimilação das campanhas de prevenção do Ministério da Saúde em relação a AIDS pelos Universitários da Univale?

¹ Apropriação das ideias e sentimentos alheios, apreendendo-lhes o sentido e incorporando-os ao próprio conhecimento. Michaelis Dicionário.



APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS

- a) Constatar o nível de informação dos universitários da Univale em relação à prevenção da AIDS;
- b) Pesquisar a percepção que os universitários possuem sobre as campanhas publicitárias referente à AIDS;
- c) Observar se a peça da campanha escolhida estimula a ação proposta.

RELEVÂNCIA E VINCULAÇÃO COM A ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DO PROGRAMA

O tema tem sua relevância por se tratar de um estudo que para a evolução da forma de comunicação das políticas públicas em relação à prevenção da AIDS para o grupo específico, jovens. Dados midiáticos indicam a vulnerabilidade e a crescente nos números de contaminação deste público. O trabalho tem como objetivo contribuir com ações de comunicação direcionadas aos jovens.

O tema visa compreender as políticas públicas de investimento em propagandas de veiculação massiva e se essas atingem a percepção dos jovens em relação a informação sobre a prevenção da AIDS. Desta forma iremos relacionar a mídia e saúde. A avaliação da assimilação da informação se dará através de campanhas publicitárias produzidas pelo Ministério da Saúde.

A percepção criada em relação a doença está arraigada na cultura das pessoas de acordo com a sua territorialidade, toda essa construção imaginária criada em torno dessa temática tem que ser reconfigurada e transformada e um dos trunfos do poder para mudança dessa percepção pode ser a comunicação. A eficácia dessa ferramenta dentro de um território pretensamente mais favorável, devido ao nível de alfabetização e conhecimento, é o que queremos constatar. Assim, poderemos perceber se o território escolhido reage aos estímulos produzidos pela publicidade.



METODOLOGIA

Trata-se de uma metodologia quantitativa que são métodos que buscam orientar as causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva, sendo amplamente utilizados para avaliar projetos que tenham um produto final mensurável como as campanhas institucionais e comportamentos estáveis em relação à doença AIDS (SERAPIONI, 2000). Abordagem transversal e para coleta dados será utilizado a técnica de questionário estruturado com questões fechadas e uma aberta.

Os dados quantitativos serão analisados por meio do programa “*Software Package for the Social Sciences*” (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA), realizando uma análise descritiva para as variáveis de interesse.

O universo do estudo será constituído de estudantes da Universidade Vale do Rio Doce que está situada na cidade de Governador Valadares sendo a primeira Universidade da região, de caráter comunitário a Univale possui hoje 5.000 alunos, 24 cursos de graduação e educação continuada através dos programas de pós-graduação *strictu e latu* senso

Respeitando a proporção necessária, em cálculo amostral, com as referências bibliográficas tendo em vista que serão considerados os alunos ingressantes em 2016. O perfil do público foi determinado por se tratar de pessoas com ensino médio completo e com acesso às mídias. Outro ponto que determinou a escolha é a iniciação sexual, observando o comportamento dessa nova geração e os motivos a crescente contaminação de indivíduos nessa faixa etária. Foi determinante a escolha de ingressantes por estarem neste momento de transição e dentro da faixa etária de aumento de infectados de acordo com pesquisa nacional.

Para definição do tamanho da amostra será realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção (Levy e Lemeshow, 2004). Será considerado um nível de confiança de 95%, erro de 5% e o valor de p de 50%. O resultado do cálculo, após a correção para n final, feita com base no total de alunos matriculados, apontou uma amostra de 277 discentes, incluído o percentual de 10% referentes a possíveis perdas. O total de alunos ingressantes é de 985.



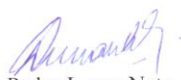
Será utilizada para pesquisa a campanha nacional produzida pelo Ministério da Saúde para o carnaval de 2016. Especificamente a peça publicitária produzida para divulgação no facebook. A aplicação dos questionários acontecerá após o período do carnaval.

O questionário será estruturado contendo 13 perguntas, sendo 12 fechadas e uma descritiva.

As pesquisa será feita em sala de aula com ciência do coordenador do curso e autorização do professor responsável, o aluno tem o direito de não querer participar da pesquisa.

Será garantido o sigilo absoluto as informações e o questionário é não identificado.

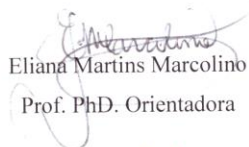
Todos os alunos participantes devem preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



Pedro Lucca Neto

Pedro.lucca@univale.br

(33) 988797740



Eliana Martins Marcolino

Prof. PhD. Orientadora



DE ACORDO
26/05/16
Prof. José Geraldo L. Prata
Reitor da UNIVALE

ANEXO D – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

1 Identificação do Público

Você tem entre 18 e 24 anos de idade? Sim Não

Qual o seu sexo? Masculino Feminino

Você já teve relações sexuais? Sim Não Qual sua preferência sexual? Homens Mulheres Homens e Mulheres

2 Conhecimento sobre AIDS

De acordo com os seus conhecimentos sobre AIDS avalie cada afirmativa onde 1 o risco de contrair a doença é nulo e 5 o grau mais elevado de contaminação:

Você pode pegar AIDS:

Frases a serem analisadas	1	2	3	4	5
Pelo abraço ou aperto de mão					
Fazendo sexo sem camisinha					
Bebendo água no mesmo copo					
Compartilhando seringas					
No sexo Oral sem proteção					
No sexo com preservativo					
No Dentista					
Na Manicure					
No sexo anal sem proteção					

3 Peça Publicitária

Você se lembra de alguma campanha de prevenção da AIDS? Sim Não

Se sim, pode descrever?

Exibição da Peça da Campanha:



Você viu a campanha ao lado nas redes sociais? Sim Não

Você sai de casa com preservativos? Sim Não

A figura associada ao carnaval te lembraria de levar o preservativo antes de sair de casa? Sim Não