



GUIA DE PRODUÇÃO E USO DE MATERIAIS EDUCATIVOS

**Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids**

Guia de Produção e Uso de Materiais Educativos

**Brasília
1998**

© 1998 - Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 5.000 exemplares

Texto: Marcio Ruiz Schiavo e Eliesio N. Moreira

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Sobreloja
CEP 70058-900 Brasília-DF Brasil

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997
<http://www.aids.gov.br>

Publicação financiada com recursos do Projeto BRA 92/001.

Ficha catalográfica

Guia de produção e uso de materiais educativos / Coordenação Nacional de DST e Aids. __ Brasília : Ministério da Saúde, 1998.
64p.

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida 2. Doenças sexualmente transmissíveis 3. Promoção da saúde I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids.

ISBN 85-334-0181-7

NLM - WC 140

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Sumário

<i>Apresentação</i>	5
<i>Introdução</i>	7
1. <i>Marco Teórico</i>	8
1.1 - Informação, Educação e Comunicação	9
1.2 - Serviços Sociais e de Saúde	12
1.3 - Ambiente Social Adequado	14
1.4 - Comunicação: A Chave da Prevenção	18
2. <i>Produção e Uso de Materiais de IEC: Uma Visão Sistêmica</i>	20
2.1 - Diagnóstico Situacional	22
2.2 - Planejamento & Organização	24
2.3 - Seleção de Materiais & Canais	28
2.4 - Elaboração dos Materiais	33
2.5 - Testes Preliminares	44
2.6 - Reelaboração & Finalização dos Materiais	48
2.7 - Distribuição & Uso dos Materiais	52
2.8 - Avaliação & Feedback	57

APRESENTAÇÃO

Certamente, o interesse do leitor e dos profissionais de comunicação pela leitura das recomendações constantes neste ***Guia de Produção e Uso de Materiais Educativos***, além da consulta e busca de um esclarecimento ou uma solução para um problema técnico específico, vem motivado pela oportunidade da reflexão sobre outras questões, menos evidentes talvez, mais igualmente importantes e presentes em todo o processo de elaboração e difusão de uma idéia: a necessidade da sensibilização e do convencimento, cuja novidade e objetivo maior estão na mudança de atitude da população diante da epidemia de aids.

E é essa a diferença fundamental deste documento, cuja legitimidade repousa, ao contrário da tradição de outras matérias publicitárias, na missão primordial da fixação de um novo comportamento e, principalmente, da sua permanência no consenso público. Elaborar uma campanha nacional destinada a promover a prática do chamado Sexo Seguro, por exemplo, mais além de provocar um aumento imediato na venda de camisinhas, com o que já se daria por satisfeito o segmento da economia que atende a este mercado emergente e promissor, deve provocar junto à população o desenvolvimento de uma nova mentalidade, uma nova sensibilidade e compromisso com o ato sexual, exatamente opostos à abordagem consumista/imediatista do sexo, da sensualidade e do prazer sem precisão de limites (postulação emblemática da publicidade e propaganda contemporâneas), onde pouco ou nenhum espaço resta à responsabilidade sobre a própria vida e a dos demais.

Entretanto, todo o cuidado é necessário para transformar a imagem do fantasma da epidemia em um desafio positivo ao crescimento e fortalecimento de um ser humano solidário, participante de uma sociedade viva e atuante na defesa dos seus direitos fundamentais – inclusive o direito à saúde. Capacitar os produtores e agentes da informação para a educação, no sentido de ajudarem a alcançar esse nível de consciência, a partir do próprio cidadão e da comunidade em que vive, respeitando os seus princípios e valores socioculturais, eis o espírito deste trabalho.

Que ele sirva ao seu propósito.

Pedro Chequer

Coordenador Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
Ministério da Saúde

Introdução

Este *Guia* foi elaborado com o objetivo de contribuir para maior eficácia, eficiência e efetividade¹ dos materiais, campanhas e mensagens de prevenção às DST/aids. Em sua grande maioria, os conceitos, metodologias e estratégias aqui expostos aplicam-se tanto a programas amplos de informação, educação e comunicação (IEC) para a saúde quanto a uma determinada peça ou campanha, em particular. A despeito disso, os exemplos foram colhidos no campo das mensagens de prevenção às DST/aids - foco central da pesquisa de que este documento faz parte. O *Guia* se fundamenta em três pressupostos:

- 1º.) *A comunicação desempenha uma função essencial nas ações de educação para a saúde*². Os programas que visam promover mudanças de práticas, atitudes e comportamentos devem, portanto, estruturar-se a partir de um bem articulado componente de comunicação.
- 2º.) *Não é fácil alcançar eficácia e efetividade na comunicação em saúde*. Nesta área, as informações são de natureza técnica, complexas e muito detalhadas. No caso da aids, por exemplo, muitas delas são polêmicas, contraditórias e sujeitas a mudanças, consoante o avanço das pesquisas. Ademais, a percepção das mensagens é permeada por crenças prevalentes na audiência, o que pode ser um fator de conflito.
- 3º.) *A maioria dos técnicos e profissionais que trabalham em educação para a saúde não possui formação básica em comunicação social*. Assim, não teve oportunidade de conhecer os diversos componentes do processo da comunicação e as possibilidades de ruídos inerentes a cada um deles. Tal desconhecimento, sem dúvida, favorece a ocorrência de problemas que podem determinar o fracasso da mensagem.

¹Mede-se a *eficácia* de um programa, projeto ou ação pelo seu grau de consecução dos objetivos visados. A *eficiência*, por sua vez, concretiza-se na consecução dos objetivos com a maior economia possível de tempo e recursos. Finalmente, a *efetividade* é conferida pela capacidade do programa, projeto ou ação de operar transformações duradouras nos comportamentos, atitudes e práticas do público-alvo.

²UNICEF/UNESCO/OMS/UNFPA. *Medidas Vitais: Um Desafio de Comunicação*. New York, 1993.

A este respeito, deve-se ressaltar que vários problemas têm sido observados nas ações de educação para a saúde direcionadas à prevenção das DST/aids e, sobretudo, nos processos de produção e difusão e/ou distribuição dos materiais de IEC. Neste sentido, contar com um instrumento de orientação - prático e de fácil aplicação - pode fazer a diferença, reduzindo substancialmente as possibilidades de erros ou ruídos. É certo que tal instrumento pode ser desnecessário para alguns; para muitos, porém, ele é essencial. Por fim, deve-se reconhecer que o *Guia*, por si só, pouco representa: para constituir uma real contribuição aos educadores em saúde, ele requer a firme decisão de aplicá-lo na prática cotidiana.

1. *Marco Teórico*

No mundo inteiro, a pandemia do HIV/aids revela seu caráter instável, volátil e dinâmico. Diferentemente de outros agentes causadores de enfermidades transmissíveis (sexualmente ou não), o HIV tem demonstrado seguidamente a sua capacidade de cruzar todas as fronteiras - sociais, culturais, econômicas e políticas - e as condições que fomentam sua rápida disseminação mostram-se, a cada dia, mais complexas e mutantes³. Além disso, a despeito dos recentes e significativos avanços terapêuticos, ainda não se dispõe de qualquer meio clínico de cura ou prevenção da aids. Isso impõe, como estratégia preventiva, mudanças de comportamentos, atitudes e práticas, nos âmbitos individual e coletivo⁴.

No Brasil, a Coordenação Nacional de DST e Aids reconhece a gravidade da situação e, por isso, direciona grande parcela de seus recursos e esforços à prevenção da aids. Assim, procura disseminar informações junto à população em geral, por meio de campanhas massivas veiculadas em jornais, revistas, *outdoors* e emissoras de rádio e TV, além de apoiar atividades educativas dirigidas a estudantes e profissionais. Em parceria com organizações não-governamentais (ONG) diversas, desenvolve ações preventivas junto a segmentos sociais selecionados (trabalhadores sexuais, homens que fazem sexo com homens, internos do sistema penitenciário, meninos e meninas em situação de risco social, usuários de drogas injetáveis e outros grupos), que estão sujeitos a manter comportamentos de risco⁵.

Em geral, pode-se dizer que a CN-DST/AIDS tem sido bem-sucedida em suas ações. Isso pode ser comprovado pela crescente proporção de pessoas

³ MANN, J. et al. (org.). **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro : ABIA/UERJ/Relume Dumará, 1993, p. 2.

⁴ LISKIN, L. et al. Educación sobre el SIDA : un buen comienzo. **Population Reports** L (8), 1989, p. 8.

⁵ **AIDS/DST**: catálogo de organizações não-governamentais. 3. Ed. Brasília : CN-DST/AIDS, 1997, p. 73-79.

que declaram ter adotado mudanças comportamentais em decorrência das campanhas de prevenção da aids⁶. Contudo, os próprios técnicos da Coordenação admitem que são necessários maiores esforços para otimizar o uso dos recursos e aumentar a eficácia e efetividade de suas ações. A este respeito, a análise dos programas preventivos desenvolvidos em várias partes do mundo permite identificar três elementos essenciais ao êxito das ações de prevenção ao HIV⁷: 1) *Programas integrados e sistemáticos de informação, educação e comunicação*; 2) *Disponibilidade e acesso a serviços sociais e de saúde*; 3) *Manutenção de um ambiente social adequado*.

1.1. Informação, Educação e Comunicação

As ações de IEC são os primeiros requisitos dos programas de prevenção da aids. E a forma com que são planejadas e desenvolvidas essas atividades é, sem dúvida, decisiva. Inicialmente, a informação foi vista como a chave para mudanças comportamentais. Assim, no Brasil - como em muitas outras sociedades - o enfoque central dos programas de prevenção à aids e promoção da saúde tem sido a disseminação de informações objetivas sobre a forma de transmissão do HIV e de como evitar a infecção (*“Assim Pega... Assim Não Pega”*). O pressuposto embutido nessas ações era o de que, ao receberem as informações, as pessoas responderiam com escolhas racionais e igualmente objetivas, o que resultaria em mudanças de comportamento e redução dos riscos de exposição ao HIV⁸.

Contudo, a experiência já acumulada demonstra que a informação, por si só, não consegue operar mudanças comportamentais efetivas e duradouras⁹. Isso decorre do fato de a própria percepção do risco e as formas pelas quais as pessoas respondem a ele serem construídas culturalmente e de forma nem sempre objetiva¹⁰. A esse respeito, é esclarecedora uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, junto a

⁶ **DATAFOLHA** - Instituto de Pesquisas. *AIDS: Medo, Informação e Mudança de Comportamento*. São Paulo, Folha de São Paulo, 1993. Cf., também: Fundação Para o Desenvolvimento da Educação (**FDE**). *Pesquisa Sobre Sexualidade e AIDS*. São Paulo, 1992 (mimeo), 80 p.; PERES, C. A. *Pesquisa de Comportamento e Avaliação de Intervenção Educativa Para a Prevenção do HIV/AIDS: Sexualidade, Gênero e Negociação do Preservativo*. São Paulo, **NEPAIDS/USP**, 1993 (mimeo), 19 p.; ANTUNES, M. C. *Pesquisa em Escolas de São Paulo: Sexualidade e Prevenção da AIDS*. São Paulo, **NEPAIDS/USP**, 1994 (mimeo), 20 p.; BARKER, G. et al. *Construção Social da Sexualidade e Atitudes Frente à AIDS Entre Jovens de Baixa Renda e Jovens Que Vivem nas Ruas*. Rio de Janeiro, **CHILDHOPE**, 1994, 12 p.

⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia global de prevenção e controle da AIDS*. Genebra : OMS, 1987.

⁸ PARKER, R. Diversidade sexual, análise sexual e a educação sexual sobre a AIDS no Brasil. In : **AIDS e Sexualidade**. Rio de Janeiro : UERJ/Relume Dumará, 1994. p. 141-159.

⁹ STOLLER, E. et al. Evaluation of AIDS prevention programs. **Current Science** 3, 1989, p. 289-296.

¹⁰ MCGUIRE, W. J. Theoretical Foundation of Campaigns. In : **Public communication campaigns**. 2. ed. Newbury Park (Califórnia), Sage, 1989. p. 43-65.

profissionais liberais, bancários, metalúrgicos e estudantes universitários de 17 a 50 anos de idade¹¹. Mais de 99% dos entrevistados já tinham ouvido falar de aids e cerca de 87% sabiam relatar, ao menos, três formas de transmissão do HIV: pela ordem, *relações sexuais, transfusões sanguíneas e uso de seringas contaminadas*. Como aconteceu em outros países, foi por meio dos meios de comunicação social (principalmente, a televisão) que a grande maioria dos entrevistados (69%) obteve as primeiras informações sobre a aids. Mencionados com menor frequência (12%), mas também relevantes na divulgação da doença, são os grupos informais: amigos, colegas de escola ou trabalho.

Deve-se ressaltar que o notável impacto dos meios de comunicação social na difusão de informações sobre a aids deveu-se menos a uma (improvável) política editorial dos veículos do que ao conteúdo das mensagens e, principalmente, aos fatos que se associavam às mensagens. Com frequência, os entrevistados disseram ter obtido as primeiras informações sobre a aids em reportagens sobre a soroconversão e/ou doença de artistas famosos, como *Cazusa, Lauro Corona e Sandra Bréa*, entre outros. Constatase, pois, que foram esses casos (alguns longamente noticiados) que “*tornaram a doença amplamente conhecida*” e fizeram dela um fator de forte impacto nos diferentes segmentos sociais. Certamente, isso ocorreu porque a identificação popular com os artistas se dá muito mais facilmente do que com os personagens abstratos que, geralmente, aparecem nas campanhas publicitárias.

Muitos dos entrevistados não sabiam relatar nenhum sintoma pelo qual a aids se manifesta¹². No entanto, a grande maioria (85%) sabia o que fazer para evitá-la, o que reflete a forma - centralizada na prevenção - com que a doença vem sendo difundida. Assim, *evitar a promiscuidade sexual, só fazer sexo com pessoas conhecidas, evitar contato com sangue contaminado, usar preservativos e não compartilhar seringas e agulhas* são as medidas preventivas mais frequentemente citadas, consoante o que é divulgado pelos meios de comunicação e/ou pelas campanhas preventivas. Apesar disso, pouco mais de um terço dos entrevistados (38%) estava fazendo algo para evitar a exposição ao HIV. A maioria disse não precisar cuidar-se porque: *tinha parceiro(a) fixo(a); confiava/seleccionava o(a) parceiro(a); não fazia sexo com desconhecidos(as); não usava drogas injetáveis*; ou, simplesmente, *não fazia parte dos “grupos de risco”(sic)*, normalmente identificados como sendo os homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e as trabalhadoras sexuais.

¹¹ LOYOLA, M. A. (Coord.). **Os efeitos sociais da AIDS: sexualidade e formas de união dos sexos**. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ/Fundação Ford, 1993. (mimeo), 52 p.

¹² LOYOLA, M. A. Percepção e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In : **AIDS e sexualidade**. Rio de Janeiro, UERJ/Relume Dumará, 1994. p. 19-72.

O que resulta claro dessa e de outras pesquisas é que a aids, para grande parte da população, é uma doença distante. Com efeito, quase a metade dos entrevistados não conhece ou conheceu, *pessoalmente*, nenhum doente de aids. Entre os que conheciam ou haviam conhecido, geralmente, o doente era uma pessoa não-próxima: “*um primo em 2º grau*”, “*um cara que mora no prédio de um amigo meu*”. Quando o doente era uma pessoa próxima, o entrevistado se apressava em esclarecer a maneira como ocorreu a infecção - o que é, também, uma forma de diferenciar-se e marcar distância em relação à doença¹³. A aids é vista como distante ainda num sentido mais amplo, isto é, como doença “*que veio de fora*”, cuja origem é atribuída a fatos sobre os quais as pessoas não têm controle (degeneração natural da espécie, degradação moral da sociedade, experiências atômicas ou químicas).

Enfim, neste contexto psicossociocultural, a aids é percebida como uma “*doença do outro*”, e não como uma questão pertinente à realidade dos entrevistados. Entre os adolescentes e jovens sexualmente ativos, por exemplo, quase 60% dos homens acreditam que “*não correm nenhum risco de contrair a aids*” e cerca de 30% acreditam que “*correm risco reduzido*”. Entre as mulheres, essas proporções são de 70% e 25%, respectivamente¹⁴. Em São Paulo, uma pesquisa quantitativa e qualitativa revelou que “*os outros*” não são apenas os que assumem comportamentos sexuais de risco, mas todos aqueles que não compartilham o mesmo universo de hábitos e valores do informante. Assim, para as mulheres das classes de renda mais alta, a aids é uma ameaça para os segmentos socialmente desfavorecidos; as mulheres casadas ou em união consideram que este é um problema das solteiras; e estas, por sua vez, dizem que apenas aquelas que não têm parceiros fixos é que devem se preocupar¹⁵.

Outro aspecto importante é a significativa prevalência de crenças e idéias equivocadas a respeito da aids - apesar de toda a informação veiculada sobre o assunto, seja pelos meios de comunicação e/ou campanhas promovidas por instituições públicas, privadas e não-governamentais. Com efeito, uma pesquisa recente demonstrou que 28,5% dos homens e cerca de 17% das mulheres de 15 a 59 anos não sabem como evitar a aids ou pensam que podem evitá-la “*indo ao médico*”, “*não usando os banheiros públicos*”, “*não convivendo com pessoas infectadas*”, “*não doando sangue*” e “*não beijando na boca*”¹⁶. Ademais, proporções bem mais baixas - mas não desprezíveis (1,8% a 7%) - crêem que uma pessoa pode-se infectar por meio de “*aperto de mão*”, “*beijo no rosto*” e “*picadas de mosquito*”.

¹³ JOSEPH, J. **AIDS** : the effectiveness of education. Chicago : Quadrangle Books, 1989.

¹⁴ ARRUDA, J. M., FERRAZ, E. A. et al. **Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem** : Rio de Janeiro, Recife e Curitiba - 1990. Rio de Janeiro : BEMFAM, 1992, p. 133-146.

¹⁵ MARTIN, D. et al. **AIDS** : comportamento sexual e anticonceptivo. São Paulo : BERLIMED, 1991.

¹⁶ BEMFAM. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde - 1996** : relatório preliminar. Rio de Janeiro : BEMFAM, 1996, p. 21-24.

Tudo isso revela as diferentes formas de apreensão do discurso científico prevalentes nos diversos segmentos sociais. Em geral, os segmentos de maior renda e melhores níveis de instrução manifestam um entendimento mais objetivo da aids, enquanto os grupos de renda e escolarização mais baixas possuem uma compreensão limitada¹⁷. Essa distinção traduz as fronteiras psicossocioculturais estabelecidas entre o “*eu*” e os “*outros*”, define expectativas e delimita espaços e condições de ação, aí incluídas as mudanças comportamentais. Sem dúvida, o reconhecimento de realidades diferenciadas dificulta o posicionamento da aids em relação ao “*eu*”¹⁸, dando origem ao pensamento mágico de que se é imune à doença. Essa é uma barreira que a maioria dos programas de prevenção ainda não sabe como vencer.

1.2. Serviços Sociais e de Saúde

Embora ainda distantes dos níveis desejados, os programas de prevenção à aids mostram-se capazes de promover mudanças comportamentais¹⁹, sobretudo quando são dirigidos a audiências específicas. As mudanças mais comumente referidas são: *redução do número de parceiros(as) sexuais; evitar relações sexuais casuais; uso regular de preservativos; maior cuidado com a higiene dos instrumentos usados por dentistas e manicures; mais atenção com transfusões de sangue; e evitar compartilhar seringas e agulhas*. Na maioria dos casos, a conscientização deve ser complementada pela disponibilidade e pelo acesso a serviços de apoio, oferecidos por organismos públicos, não-governamentais e/ou privados.

Diversos serviços de apoio têm sido utilizados para auxiliar as pessoas a transformar a informação em novos comportamentos cotidianos. Afinal, pouco adianta difundir informações sobre as modalidades de infecção pelo HIV e as formas de prevenção, se não houver a garantia de acesso a preservativos, a transfusões sanguíneas e hemoderivados de boa qualidade e serviços de testagem anônima, por exemplo. Também será pouco eficaz um discurso que mostre a solidariedade como a base para um controle efetivo da aids, se não for garantido às pessoas infectadas pelo HIV o acesso a serviços de aconselhamento, grupos de auto-ajuda, tratamento ambulatorial e medicação adequada, e se aos casos mais graves não forem oferecidas condições de internação hospitalar imediata e pelo tempo necessário²⁰.

¹⁷ CORRÊA, M. **AIDS e medicalização social**. Rio de Janeiro : Fundação Ford, 1991.

¹⁸ COHEN, M. Changing to safe sex : personality, logic and habit. In : **AIDS** : responses, interventions and health care. Londres : Falmer Press, 1991.

¹⁹ DATAFOLHA. - Instituto de Pesquisas. *Op. cit.*, 1993. Cf., também, TOLEDO & Associados. O brasileiro e a vida. In : **Você** : prioridade nº. 1. Rio de Janeiro : Objetiva, 1996.

²⁰ SCHWARZSTEIN, J. Governo e ONGs: consenso à vista? **Boletim da ABIA**, n. 6, agosto de 1992.

A este respeito, é exemplar o contexto específico dos usuários de drogas injetáveis (UDI). Sem dúvida, tendem a cair no vazio as mensagens de prevenção da aids dirigidas a esse grupo que se centrem no abandono das drogas. É contraproducente ignorar a subcultura desenvolvida entre os UDI - cujos *rituais sociais* regem as formas de aquisição e consumo de drogas, a escolha do meio físico e social para seu uso, as atividades desenvolvidas após o consumo e a maneira de lidar com os eventuais efeitos negativos²¹. Assim, serão mais efetivas as intervenções que - em vez de se chocarem frontalmente com os valores prevalentes entre os UDI - proponham alterações em suas práticas (não compartilhar seringas e agulhas, usar seringas descartáveis ou esterilizar as já usadas e usar preservativos nas relações sexuais), de modo a torná-las mais seguras²². Para esse grupo, os serviços de apoio incluiriam provisão de preservativos, aconselhamento e tratamento para a farmacodependência, orientação para se injetar de forma segura e, talvez, postos de troca de seringas e agulhas.

Os serviços de apoio incluem, pois, a provisão de informações, assistência e de produtos. E sua eficiência aumenta à medida que cresce a participação dos indivíduos e comunidades aos quais o programa se destina. A prevenção ao HIV e a assistência aos doentes de aids envolvem uma ampla variedade de serviços e canais - alguns com múltiplos objetivos (por exemplo: programas de assistência materno-infantil ou de saúde do trabalhador); outros, direcionados às novas necessidades reveladas pela pandemia (programas destinados a profissionais do sexo, internos do sistema penitenciário, UDI etc.)²³. Numa outra perspectiva, há serviços que envolvem pessoal dedicado a tarefas específicas (técnicos de laboratório e/ou de controle da qualidade dos preservativos, por exemplo), enquanto outros envolvem profissionais diversos das áreas social e de saúde que podem desenvolver atividades relacionadas com a aids no cumprimento de suas atribuições básicas (aconselhamento, educação para a saúde).

A efetividade da resposta preventiva ao HIV/aids depende, portanto, das condições de acesso aos serviços criados para atender às necessidades da comunidade, do grau de receptividade do ambiente (a qualidade dos contatos interpessoais, relações harmônicas e construtivas, um clima de mútua confiança), da qualificação do pessoal responsável e, também, do tempo que se gasta para ter acesso aos serviços. Desse modo, os serviços sociais e de saúde também exigirão o uso adequado de diferentes canais de comunicação.

²¹ MACRAE, E. A prevenção à AIDS entre UDIs. **Boletim Pela Vidua**, n. 10, julho de 1991.

²² MARX, J. L. AIDS drugs : coming but not here. **Science** 244(4.902): 287, april, 1989.

²³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **AIDS health prevention** : guide for planning. Geneva : OMS, 1988. 39 p. (mimeo)

1.3. Ambiente Social Adequado

O terceiro elemento essencial ao êxito dos programas de prevenção da aids é a criação das condições sociais que favorecem a tomada de decisões conscientes e positivas quanto aos riscos de exposição ao HIV. Sem dúvida, independentemente da qualidade e do alcance das ações de informação, educação e comunicação, bem como da qualidade e do acesso aos serviços sociais e de saúde, o amplo ambiente social em que essas atividades se desenvolvem desempenha um papel fundamental na prevenção da aids²⁴. A esse respeito, o conceito-chave é o de *autonomia* - uma condição na qual o indivíduo *é e sente-se capaz* de determinar o seu próprio comportamento -, o que envolveria aspectos cognitivos (*informação & educação*), emocionais (*sentimentos, preconceitos e crenças*), sociais (*acesso a produtos e serviços*) e práticos (*habilidades para utilizar os produtos e serviços disponíveis*)²⁵.

Deve-se lembrar, porém, que os indivíduos não adquirem autonomia por meio dos outros, e sim, por meio de si mesmos. Com efeito, a autonomia não é algo que se conceda: ela precisa ser conquistada e plenamente exercida no cotidiano de cada pessoa. Portanto, o verdadeiro papel do ambiente social deve ser o de levantar os possíveis obstáculos, eliminar as eventuais barreiras, à conquista de autonomia pelos indivíduos, de modo a facilitar e fortalecer esse processo. Nesse contexto, sem dúvida, as normas prevalentes nas diferentes comunidades e as políticas públicas setoriais são fatores que podem contribuir ou não para a criação e/ou a manutenção de um ambiente social propício à prevenção da aids.

Quanto às normas comunitárias - as quais refletem os valores coletivos dos diferentes grupos -, observa-se que a aids vem contribuindo para alargar as suas fronteiras, reduzindo a permanência de temas-tabu nas ações informativas. No entanto, compreender as normas comunitárias é o primeiro passo para que se obtenha a participação das comunidades no processo de transformá-las²⁶. E isso, muitas vezes, é imprescindível para que se instaurem as mudanças comportamentais necessárias. Ainda que com os riscos da simplificação, podem ser identificadas duas perspectivas em relação à liberdade de expressão quanto às mensagens de prevenção da aids. Numa perspectiva de saúde pública, postula-se a difusão de informações sobre todos os métodos e formas

²⁴ SPENCER, B. Institutional Barriers to Condon Promotion : the forgotten factor? In : **Conferência Britânica Sobre Aspectos Sociais da AIDS, 5., 1991, Londres**. Londres : 1991.

²⁵ TOMASEWSKI, K. Before AIDS, beyond AIDS : human rights of people. In : **Human rights in the 21th century**. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1992.

²⁶ STALL, R. e PAUL, J. Changes in sexual risk for HIV infection among gay and bisexual men. In : **Changing sexual behaviors in the shadow of AIDS**. New York, Plenum, 1994.

de prevenção, da maneira mais completa e abrangente possível e sem a justaposição ou a intercessão de apelos ou estímulos preventivos. Assim, por exemplo, nas mensagens dirigidas a UDI, a mensagem estaria concentrada em como proceder para se injetar com segurança. Um outro ponto de vista, dito *moralista*, defende a não disseminação de informações “*prejudiciais, inconvenientes ou inaceitáveis*”. Assim, as mensagens de prevenção à aids estariam centradas em apelos do tipo “*Diga não às drogas!*”.

As normas comunitárias estão subjacentes à linguagem empregada para se falar da aids. Num ambiente de características repressivas, torna-se difícil dizer certas coisas de maneira clara e objetiva. Há cerca de 10 anos, por exemplo, era comum o apelo para que se evitasse contato ou troca de “*líquidos corporais*”, quando na verdade se queria fazer referência ao *sêmen, esperma* e às *secreções vaginais*. O eufemismo evitou, certamente, que as pessoas mais sensíveis ficassem chocadas com a mensagem. Em compensação, deu margem a interpretações incorretas. Sem dúvida, não foram poucos os que passaram a acreditar que a aids poderia ser transmitida pelo *suor, saliva* e *lágrimas*²⁷ - cujo possível papel na transmissão do HIV, todavia, não foi comprovado²⁸. Evidentemente, a opção pelo eufemismo comprometeu a clareza da mensagem, contribuindo para crenças infundadas que ainda perduram²⁹.

As opções de linguagem e a escolha vocabular, sem dúvida, são importantes. Em ambos os casos, o que se percebe é a tensão entre os esforços por uma melhor informação para a prevenção da aids e o *status quo* do pensamento dominante nas comunidades. As palavras e expressões lingüísticas podem variar muito de significado, dependendo do contexto sociocultural do destinatário da mensagem. Por isso, elas também podem carregar conotações político-ideológicas tendentes a estigmatizar as pessoas e/ou grupos. No campo da prevenção e assistência à aids, podem ser encontrados vários exemplos de evolução da linguagem, os quais refletem as mudanças ocorridas na percepção social da enfermidade:

- ◆ Grupos de Risco ⇒ *Comportamentos de Risco*
- ◆ Grupos-Alvo ⇒ *Comportamentos-Alvo*
- ◆ Prostitutas ⇒ *Mulheres Profissionais do Sexo* ou *Trabalhadoras Sexuais*;
- ◆ Aidéticos ⇒ *Doentes de aids*
- ◆ Vítimas da aids ⇒ *Pessoas com aids*

²⁷ TABAK, I. Adolescentes cariocas quase nada sabem sobre a AIDS. **Jornal do Brasil**, 21/11/87.

²⁸ GTPOS/ABIA/ECOS/Fórum Nacional de Educação e Sexualidade. **Guia de orientação sexual** : diretrizes e metodologia da pré-escola ao 2º. grau. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1994, p. 78.

²⁹ BEMFAM/Pesquisas em **Demografia e Saúde/Macro International**. *Op. cit.*, 1996, p. 21-24.

- ◆ Viciados em Drogas ⇒ *Usuários de Drogas*
- ◆ Hemofílicos ⇒ *Pessoas com Hemofilia*
- ◆ Homossexuais ⇒ *Homens Que Fazem Sexo Com Homens*

As decisões em relação a comportamentos sexuais e às formas de se usar drogas, em geral, não são tomadas isoladamente. Contudo, a grande maioria das intervenções preventivas dirige-se, exclusivamente, ao indivíduo - como se ele não compartilhasse a sua subcultura, seus valores e decisões. Nesse sentido, estudos realizados junto a homens que fazem sexo com homens revelaram que aqueles que se mostravam mais receptivos às normas do grupo também eram mais receptivos à adoção de mudanças em seus comportamentos e práticas³⁰, enquanto os indivíduos que se isolavam da comunidade mostravam-se mais resistentes quanto à adoção de práticas e comportamentos mais seguros. Estudos realizados no Brasil, junto a diferentes grupos de internos do sistema penitenciário³¹ e/ou usuários de drogas injetáveis³², chegaram às mesmas conclusões. Isso demonstra que tanto os programas de prevenção ao HIV quanto os indivíduos aos quais eles se destinam são fortemente influenciados pelas normas comportamentais e pelo discurso vigentes nos diversos grupos sociais.

Em geral, as normas comunitárias amplamente aceitas têm a sua expressão formal nos dispositivos legais (leis, portarias, regulamentações etc.) que afetam as políticas de prevenção da aids. Comumente, esses dispositivos refletem mais as tradições e os valores das elites predominantes nas comunidades, em vez de ajustarem-se à realidade concreta em que se desenvolvem as relações sociais. De qualquer modo, é reconhecidamente limitada a capacidade dos dispositivos legais de influenciar o comportamento individual no âmbito privado (como é o caso do uso de drogas injetáveis e das relações sexuais), embora possam ser bastante eficientes quanto aos comportamentos que se dão no âmbito público (o uso do cinto de segurança ou a abstenção do hábito de fumar em determinados locais, por exemplo).

No que diz respeito às políticas públicas, o conflito central vem refletindo a dicotomia *moralismo/pragmatismo*. Com efeito, algumas políticas podem exercer forte impacto negativo sobre as intervenções preventivas. Por exemplo: os dispositivos legais que tratam de “*crimes contra os costumes*”, “*obscenidade*” e “*ultraje*

³⁰ HUNT, A. J. and DAVIES, P. H. What Is a Sexual Encounter? In : **AIDS** : responses, interventions and health care. Londres : Falmer Press, 1991.

³¹ WINKLER, G. e EDUARDO, J. Lampadilha : reflexões sobre a prevenção ao HIV/AIDS em presídios. Ação Anti-AIDS (Encarte). **Boletim da ABIA**, n. 16, setembro de 1992.

³² BARROS, H. M., TANNHAUSER, S. et al. Serviço de Informações Sobre Drogas Psicoativas: Características das Informações Sobre Drogas. **Revista da ABP/APAL**. v. 15, n. 1, p. 1-5. 1993.

ao pudor” podem constituir um fator de limitação à disseminação de materiais explícitos de prevenção ao HIV de transmissão sexual³³, sobretudo se dirigidos aos pré-adolescentes, adolescentes e jovens; normas quanto a registros podem resultar em serviços de testagem ineficazes³⁴; regulamentações que tratam da produção, importação e/ou comercialização de preservativos podem ajudar a elevar o preço do produto, diminuir a sua disponibilidade e dificultar o acesso da população a esse método preventivo³⁵; legislações que proíbem a posse de agulhas e seringas ou restringem a sua distribuição podem contribuir para aumentar o seu compartilhamento entre os UDI³⁶.

As políticas discriminatórias contra determinados segmentos sociais (homens que fazem sexo com homens, mulheres profissionais do sexo, meninos e meninas em situação de risco social, internos do sistema penitenciário, meninas e meninos internos em instituições correcionais, travestis, garotos de programa e outros) também podem constituir um obstáculo à prevenção da aids. Nesse sentido, as ONG cujas ações se destinam a esses grupos cumprem um papel essencial, buscando promover os direitos daqueles que - por não seguirem os padrões comportamentais predominantes na comunidade - estão social e economicamente excluídos, tendo raro acesso aos serviços e às informações à disposição da maioria.

Essa constatação faz retornar a questão do exercício da cidadania. Sem dúvida, crer na capacidade pessoal para operar e sustentar mudanças comportamentais e de controlar eficazmente o ambiente em que se está inserido é fator primordial para a adoção de comportamentos mais seguros³⁷. No âmbito coletivo, esta certeza deu origem e continua fortalecendo a ação de centenas de ONG que atuam na prevenção do HIV e/ou na assistência aos doentes de aids. Individualmente, porém, para muitos trabalhadores sexuais, meninos e meninas em situação de extremo risco social, UDI, adultos e jovens internos em instituições penitenciárias ou correcionais e outros grupos, a sensação de incapacidade é uma dura realidade. O mesmo se poderia dizer sobre a maioria dos trabalhadores de baixa renda, muitos adolescentes e jovens pobres, além das mulheres casadas sem rendimento próprio.

³³ Cf.: OLIVEIRA, J. Código penal. 3. ed. São Paulo : Saraiva, 1988. p. 121 (Art. 234); RIVERA, D. *Brasil Criança Urgente: A Lei 8.069/90*. São Paulo, Columbus, 1990, p. 120 (Art. 78).

³⁴ MATOMORA, K. S., LAMBORAY, J. L. et al. Integration of AIDS program activities into national health systems.. **AIDS 5**. Global Programme on AIDS, Suplemento 1, 1991: 221-228.

³⁵ SCHIAVO, Márcio. **Preservativo Masculino**: hoje, mais necessário do que nunca. Brasília : Ministério da Saúde, 1997. p. 33.

SCHIAVO, M. R. **Preservativos** : estimativa das necessidades - 1996-2001 (Relatório de Consultoria Para o PN DST/AIDS). Rio de Janeiro : junho de 1996 (mimeo), p. 28.

³⁶ HUGHES, H. Agulhas limpas salvam vidas. **Ação Anti-AIDS**. n. 21, ago./out. 1993.

³⁷ HAMMOND, S., VICK, S. et al. The role of the mass media and interpersonal communication in promoting AIDS : related behavioral change. **AIDS Public Policy Journal**. v. 4, n.1, p. 3-9, 1990.

Nesse sentido, as intervenções que têm como objetivo aumentar a autonomia das pessoas podem contribuir, de modo significativo, para os esforços de prevenção da aids. Entre tais intervenções, estão a indução de mudanças nas políticas e legislações discriminatórias; o estímulo à formação de grupos de apoio; a promoção de atividades que aperfeiçoem as habilidades no uso do preservativo e na negociação entre parceiros; a promoção de serviços sociais e de saúde adequados aos diferentes grupos; e a disseminação de informações sobre os direitos fundamentais da pessoa humana e a disponibilidade de serviços e produtos³⁸. Com efeito, essas medidas de amplo alcance podem ser tão eficazes no combate ao HIV/aids quanto a distribuição de preservativos ou seringas descartáveis, por exemplo.

1.4. Comunicação: A Chave da Prevenção

Com este *Marco Teórico*, buscou-se estabelecer os princípios e as diretrizes que devem nortear os programas e atividades de informação, educação e comunicação (IEC) para a prevenção da aids. A identificação de três denominadores comuns aos programas de prevenção em todo o mundo - *informação e educação, serviços sociais e de saúde* e um *ambiente social adequado* - coloca em destaque o elemento *comunicação*, como fator crucial para o adequado manejo e funcionamento desses componentes. Nesse contexto, considerando-se o grau de informação de base sobre os diferentes meios de comunicação, pode-se afirmar que os *macromeios*³⁹ (sobretudo, os jornais e revistas de circulação nacional, *outdoors*, emissoras de rádio e de TV) exercem função indispensável no alerta cotidiano quanto aos riscos de exposição ao HIV e na disseminação das estratégias de sexo seguro. Entretanto, estudos diversos indicam que, para a adoção e manutenção de mudanças comportamentais tendentes a afastar riscos, esses riscos, as redes de comunicação comunitárias (*micromeios*) são mais eficazes⁴⁰.

³⁸ LEWIS, G. AIDS programmes in transition. *World Health Forum*. V. 12, p. 33, 1991.

³⁹ Adota-se, aqui, a classificação proposta por Miguel Moragas, segundo a qual a *microcomunicação* seria o nível primário e interpessoal de comunicação que, embora possa utilizar tecnologia complexa de emissão, origina-se de iniciativas individualizadas. Seria, por exemplo, o caso da fotocopiadora e do telefone. Outros micromeios seriam o vídeo, a fotografia e os gravadores-cassete. O número de pessoas alcançadas por um micromeio pode variar de uma a algumas centenas, a um custo por pessoa atingida da ordem de 11 dólares. Os *macromeios*, por sua vez, seriam aqueles que coincidem com uma cobertura bem mais ampla, às vezes, de âmbito nacional. Estão nesse caso os grandes jornais diários, os semanários, o cinema e as emissoras de rádio e TV. O alcance de um macromeio varia de 30 ou 40 mil pessoas a vários milhões, a um custo médio de um dólar por pessoa atingida. Cf.: BORDENAVE, J. D. E. *Além dos Meios e Mensagens - Introdução à Comunicação Como Processo, Tecnologia, Sistema e Ciência*. Petrópolis, Vozes, 3ª. ed. 1986, p. 59-62.

⁴⁰ COHEN, M. *Changing sexual behaviors in the shadow of AIDS*. New York : Plenum, 1994.

Esse fato revela a importância dos meios de *comunicação alternativa*⁴¹ para o êxito das ações de prevenção à aids. No Brasil - país de grande diversidade sociocultural e acentuada elitização dos meios de comunicação -, a efetividade das ações preventivas depende, em grande medida, do uso de meios alternativos como: literatura de cordel; teatro popular ou de fantoches; jornais murais; painéis ou cartazes afixados em ônibus, terminais rodoviários e ferroviários, abrigos de ônibus, bancas de jornais etc.; mensagens em pára-choques de caminhões, velas de jangadas, balões ou dirigíveis, caixas coletoras de lixo e cabines telefônicas; inscrições em muros, pedras à beira de estradas, porteiros, tapumes etc.; faixas rebocadas por aviões ou afixadas em praças, jardins e campos de futebol; sistemas de som volantes ou em praças públicas, circos, feiras etc.; mensagens em contas de luz, gás, telefone e volantes de loteria. Enfim, toda e qualquer outra modalidade que a imaginação popular possa criar.

Nesse contexto, também se destacam os grupos de apoio e/ou de discussão, work-shops, palestras educativas e atividades de orientação e aconselhamento promovidas pelas numerosas ONG brasileiras que atuam na área, com o apoio de diferentes materiais gráficos ou audiovisuais. Com base neste *Marco Teórico*, alinhem-se a seguir os princípios, as estratégias e as metodologias que devem nortear a produção e distribuição/difusão - sobretudo, dos materiais informativos e educativos - embora também possam ser aplicados às campanhas promovidas por meio dos macromeios de comunicação, impressos e/ou eletrônicos.

⁴¹ A expressão *comunicação alternativa* refere-se à substituição dos meios comerciais de amplo alcance por meios de *comunicação horizontal* que permitam o acesso, a participação e sua autogestão pelos diversos grupos sociais organizados. Cf.: UNESCO/Comissão Internacional Sobre os Problemas da Comunicação. **Um solo mundo, voces múltiplos**. Cidade do México : Fondo de Cultura Económica, 1984.

2. Produção e Uso de Materiais de IEC: Uma Visão Sistêmica

A educação para a saúde consiste em prover aos indivíduos e às comunidades os meios necessários para que possam adotar um estilo de vida saudável, tendente a promover e proteger sua saúde⁴². Para alcançar um nível adequado de bem-estar físico, mental e social, as pessoas devem poder identificar e satisfazer suas necessidades básicas em termos de saúde, devem ter a capacidade para adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Assim sendo, educar para a saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua saúde.

No âmbito dos programas de prevenção da aids, os materiais de IEC devem constituir um instrumento para que as pessoas adquiram essa autonomia e, sem dúvida, a comunicação está no centro desse processo. Por meio dos materiais de IEC, pode-se⁴³:

- ◆ Disseminar informações sobre a aids, as formas de transmissão do HIV, as estratégias de prevenção, locais de testagem, serviços de apoio etc.
- ◆ Influir sobre as atitudes frente à doença, criando as condições necessárias à adoção de comportamentos e práticas positivas e mais seguras.
- ◆ Esclarecer mitos, preconceitos e tabus que ainda envolvem a aids.
- ◆ Desenvolver habilidades no uso dos meios mecânicos de prevenção.
- ◆ Incrementar o uso dos serviços sociais e de saúde relacionados com a aids.
- ◆ Reforçar e consolidar conhecimentos, atitudes e comportamentos.
- ◆ Divulgar datas comemorativas, locais que ofereçam serviços etc.

⁴² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. **Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde, 1986, Ottawa.** 1986.

⁴³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Promoting **Health Developing Education Quarterly.** v. 18, n. 1, p. 7-13, 1991.

Contudo, para que o material possa ser efetivo na consecução de um ou mais desses objetivos, é preciso que se identifique - com precisão - o público-alvo a que o mesmo se destina, a mensagem básica que se quer transmitir, a forma e o meio mais adequados para sua transmissão. Considerando que as pessoas não são seres isolados, mas que interagem com as estruturas sociais e comunitárias de que fazem parte, deve-se optar por uma comunicação horizontal, que deve estar no centro do processo de conquista da autonomia. Assim, as pessoas não devem ser vistas como objeto da ação educativa, e sim, como sujeitos dela; não como receptores da informação, e sim, como co-produtores e possuidores-ativos da informação⁴⁴. Assim, legitima-se o conhecimento pré-existente das pessoas, criando-se condições para a participação, a reflexão e a tomada de consciência social e política para a mudança.

Com efeito, comunicação implica em participação, comunhão, troca de mensagens, em emissão e/ou recepção de informações. Toda comunicação se processa por meio de signos, com os quais um indivíduo procura atuar sobre as atitudes, as práticas e os comportamentos de outro, por meio de estímulos para modificá-los. A comunicação implica, essencialmente, o intercâmbio de experiências socialmente significativas, interativas e produtivas, denotando um esforço para a convergência de perspectivas, reciprocidade de pontos de vista e implicando uma ação conjugada ou de cooperação⁴⁵. É, pois, um processo de “mão dupla” (emissor-receptor ↔ receptor-emissor), o que significa que não se pode excluir a participação da comunidade da construção, do uso e da avaliação dos produtos a ela destinados.

Isso demonstra que a produção e distribuição/difusão de materiais para a prevenção da aids não pode ser entendida como fatal. Este trabalho é, sem dúvida, processual, incluindo ao menos as seguintes etapas⁴⁶: 1) Diagnóstico Situacional; 2) Planejamento & Organização; 3) Seleção de Materiais & Canais; 4) Elaboração dos Materiais; 5) Testes Preliminares; 6) Reelaboração & Finalização dos Materiais; 7) Distribuição & Uso dos Materiais; 8) Avaliação & Feedback. Essas etapas serão discutidas a seguir.

⁴⁴ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Estrategias de participación social en los sistemas locales de salud** : la participación social en el desarrollo de la salud (HSD/SILOS 26). Washington, DC : novembro de 1993.

⁴⁵ MINISTÉRIO da Saúde/Secretaria Executiva/Projeto Nordeste. **Informação, Educação e Comunicação** : IEC II : diretrizes gerais : do diagnóstico à concepção teórica. Brasília : Ministério da Saúde, 1996, p. 44.

⁴⁶ INSTITUTO Nacional de Saúde dos Estados Unidos/Oficina de Informação Sobre Câncer. **Making health communications programmes work** : a planner's guide. Washington : n. 89, 1989.

2.1. Diagnóstico Situacional

Como já foi visto, a produção de materiais de IEC é um dos componentes do programa de comunicação para a prevenção da aids. Assim, os objetivos (gerais e específicos), as estratégias e metodologias de intervenção e as diferentes audiências a que as ações de comunicação se destinam, no geral, já estão previamente definidos. Sem dúvida, há que se informar a população em geral, provendo-a com os conhecimentos necessários à adoção de comportamentos seguros. Essas mensagens, dirigidas a uma audiência muito ampla e heterogênea, com características socioeconômicas e culturais muito diferenciadas, devem-se fundar em conteúdos e códigos amplamente aceitos e, praticamente, impõem o uso de macromeios de comunicação (rádio, TV, jornais e revistas), de crucial importância - como se viu - para a disseminação de informações gerais sobre a aids e sua prevenção.

Contudo, também se requer a informação diferenciada dirigida a segmentos selecionados que - em virtude de sua reduzida autonomia - estão fortemente expostos aos riscos de exposição ao HIV. Entre esses segmentos sociais, estão⁴⁷: trabalhadores sexuais (mulheres, travestis e garotos de programa); homens que fazem sexo com homens (“homossexuais” e bissexuais); internos do sistema penitenciário; meninos e meninas que vivem e/ou trabalham nas ruas; usuários de drogas injetáveis; meninos e meninas internos em instituições correccionais; mulheres casadas/parceiras de homens que fazem sexo com homens e/ou que usam drogas injetáveis; adolescentes e jovens; caminhoneiros e outros grupos. Cada um desses segmentos possui sua própria subcultura e seus próprios valores, o que precisará ser considerado na produção de mensagens a eles direcionadas.

Assim, para a produção de um material de IEC dirigido a uma audiência selecionada, o primeiro passo seria realizar o Diagnóstico Situacional, isto é, segmentar a audiência segundo as seguintes principais características⁴⁸:

- ◆ Físicas e de Saúde - Sexo; Faixa Etária; Grau de Risco de Exposição ao HIV; Taxa de Incidência da Aids; Taxa de Incidência de DST.
- ◆ Sociodemográficas - Tipo de Ocupação; Nível de Renda Mensal; Grau de Instrução; Local de Residência e de Trabalho; Situação Familiar.

⁴⁷ SCHIAVO, M. R. Condon : estimativa das necessidades : 1996-2001. Comunicação pessoal no congresso *DST in Rio* (Rio de Janeiro, 24-26/09/96). *Jornal Brasileiro de DST*. v. 8, n.3, p. 32, 1996.

⁴⁸ KOTLER, P., ROBERTO, E. *Social marketing*. New York : Free Press/McMillan, 1989.

- ◆ De condutas - Acesso aos Meios de Comunicação; Atuação em Organizações ou Atividades Relacionadas com a Saúde e/ou a Prevenção da Aids; Opções e Espaços de Lazer e Convivência; Grau de Possibilidade de Manter Relações Sexuais de Risco.
- ◆ Psicológicas - Atitudes, valores, práticas, opiniões e crenças frente à saúde e sua preservação, ao exercício da sexualidade e ao HIV/aids.

Essas informações, sem dúvida, são essenciais para que se possa planejar e elaborar um material de IEC que, efetivamente, corresponda às necessidades e expectativas do público-alvo. Quanto mais completo for o “perfil” da audiência selecionada, maiores serão as chances de se desenvolver um material ajustado a essa audiência. Há diversos mecanismos pelos quais se pode colher essas informações. Os mais utilizados são: a) Questionários preenchidos pelo entrevistador; b) Questionários auto-administrados; c) Grupos focais; d) Entrevistas em profundidade; e) Observação participante; f) Uso de estudos e pesquisas já existentes sobre o segmento que se está trabalhando.

O Diagnóstico Situacional é, portanto, a tomada de consciência quanto à realidade socioeconômica, política e cultural em que vive a audiência selecionada⁴⁹. Neste estudo, também se deve observar a forma como as diversas variáveis socioculturais afetam a audiência e, ainda, as estratégias por ela empregadas para administrar suas carências e os possíveis riscos de exposição ao HIV. Do Diagnóstico Situacional, finalmente, devem emergir a linguagem predominante na audiência (visual, verbal, verbo-visual); seus diferentes registros; o vocabulário geral e específico, incluindo possíveis expressões-tabu; o significado das cores; a percepção do corpo, seus usos, funções e representações; o significado dos símbolos, desenhos, fotografias e imagens de TV; estímulos e obstáculos à mudança, bem como práticas, atitudes e comportamentos que podem facilitar ou dificultar o processo de comunicação.

⁴⁹ SCHIAVO, M. R. et al. **Metodologia participativa**. Rio de Janeiro : BEMFAM, 1990. 74 p. (mimeo).

2.2. Planejamento & Organização

A partir do “perfil” da audiência, pode-se iniciar a etapa de planejamento & organização do processo de elaboração do material. Para tanto, deve-se estabelecer:

- ◆ As metas e os objetivos que se pretende alcançar;
- ◆ As estratégias mais eficazes para se chegar à audiência selecionada;
- ◆ As audiências secundárias selecionadas;
- ◆ A mensagem básica que se pretende comunicar;
- ◆ Os benefícios esperados, tal como são percebidos pela audiência;
- ◆ O modelo e os instrumentos de avaliação dos resultados.

As metas e os objetivos identificam aquilo que se pretende alcançar com o material, isto é, uma mudança nos comportamentos, nas práticas e atitudes do público-alvo, uma melhoria nos seus níveis de proteção contra o HIV. Com frequência, a consecução das metas e dos objetivos de um material ou campanha de comunicação está relacionada com a disponibilidade e o acesso a serviços sociais e de saúde, bem como o ambiente social em que se atua. Os objetivos descrevem as etapas intermediárias que devem ser cumpridas para que se alcancem metas mais amplas. Portanto, eles devem ser sempre: específicos, viáveis e realistas, hierarquizados, mensuráveis e cronologicamente identificados⁵⁰. Os objetivos e metas são, pois, o fundamento do processo de criação, elaboração, distribuição/difusão e avaliação dos materiais e campanhas de prevenção da aids. Se eles não forem claros e factíveis, o material produzido será certamente ineficaz, podendo inclusive ter efeitos iatrogênicos⁵¹. Por exemplo:

Meta:

Ter 50% da população sob maior risco com práticas seguras de sexo, até dezembro de 1998⁵².

⁵⁰ GREEN, L. et al. **Evaluation in health education and health promotion**. Palo Alto :, Mayfield, 1986.

⁵¹ SCHIAVO, M. R. **Informação, educação & comunicação** : planejamento estratégico na gestão de programas sociais e de saúde. Rio de Janeiro : Comunicarte, 1995. (mimeo).

⁵² Ambos os exemplos de metas aqui apresentados foram colhidos no documento **Catálogo de organizações não-governamentais - AIDS/DST**. Brasília : Ministério da Saúde, 1997, p. 101.

Objetivo 1:

Identificar os segmentos sociais sob maior risco que ainda não adotaram práticas de sexo seguro, intensificando as ações informativas junto a eles.

Para alcançar esse objetivo, uma das atividades de comunicação poderia ser uma campanha de promoção ao sexo seguro que incluísse anúncios em veículos segmentados (por exemplo: jornais e revistas dirigidas a homens que fazem sexo com homens, boletins de ONG que atuam junto a segmentos específicos e revistas “masculinas”), folhetos e cartazes a serem distribuídos e/ou afixados em locais onde se concentram pessoas com probabilidades de manter sexo de risco (boites e bares noturnos, saunas, casas de massagem e motéis).

Objetivo 2:

Duplicar a oferta e facilitar o acesso desses segmentos a preservativos.

Nesse caso, algumas atividades possíveis seriam *spots* de rádio e TV e anúncios em jornais e revistas, indicando os locais onde as pessoas poderiam se dirigir em busca de preservativos. Também poderiam ser afixados cartazes nos diferentes locais em que os preservativos estariam disponíveis (bancas de jornais, caixas de bares e restaurantes, recepção de motéis e casas de massagem, quiosques à beira-mar etc.).

Meta:

Ter 50% dos UDI adotando práticas seguras de prevenção do HIV, tanto por via sexual quanto parenteral, e recebendo assistência biopsicossocial, até dezembro de 1998.

Objetivo 1:

Motivar os UDI para o uso do preservativo em suas relações sexuais, bem como para o não-compartilhamento de seringas e agulhas.

Uma atividade de comunicação com chances de êxito seria a distribuição, por meio de associações de moradores próximas aos pontos de venda de drogas, de folhetos contendo informações gerais sobre a aids, as estratégias de sexo seguro e os locais onde os UDI poderiam obter preservativos e, também, seringas e agulhas descartáveis.

Objetivo 2:

Motivar os UDI a buscarem assistência biopsicossocial.

Afixar cartazes nos locais de obtenção de seringas e agulhas descartáveis, bem como distribuir folhetos informativos aos que buscassem esse serviço, podem ser atividades de comunicação que facilitem a consecução desse objetivo.

Como se vê, as metas e os objetivos orientam a definição dos demais elementos de planejamento & organização. Assim, uma estratégia para se chegar à audiência selecionada primária (o público-alvo do material ou campanha) é identificar e utilizar as audiências secundárias (reeditores)⁵³, isto é, as pessoas ou organizações que podem influenciar o público-alvo e/ou contribuir para que se operem as mudanças comportamentais na audiência primária. Se a audiência primária de um folheto for constituída pelos adolescentes e jovens, por exemplo, as audiências secundárias podem ser professores de 1º e 2º graus, instrutores de ginástica e/ou esportes, lideranças de grupos associativos (clubes, equipes esportivas, associações de moradores). Caso a audiência primária seja composta por caminhoneiros, os líderes de classe, funcionários de bares e postos de gasolina à beira de estradas constituirão a audiência secundária.

Quanto à mensagem, deve-se observar sua adequação às metas e aos objetivos que se pretende alcançar. Assim, se o objetivo que se pretende alcançar é o de “motivar os UDI para o não-compartilhamento de seringas e agulhas”, as mensagens que simplesmente difundem os riscos associados ao uso de drogas e enfatizam o apelo “Diga Não às Drogas” chocar-se-ão frontalmente com os valores e as expectativas prevalentes no grupo e, desse modo, serão ineficazes⁵⁴. Nesse caso, tais mensagens devem ser evitadas, dando-se preferência aos conteúdos que estimulem o uso de seringas e agulhas descartáveis e/ou que ensinem métodos adequados de esterilização desses produtos, além de indicar os possíveis locais onde eles podem ser obtidos. De igual modo, se o público-alvo for constituído por adolescentes com experiência sexual, mensagens que estimulem a abstinência tendem a cair no vazio. Melhor seria motivar a adoção de práticas sexuais seguras, privilegiando o uso consistente do preservativo.

Em relação aos benefícios esperados, é importante sublinhar que eles devem ser estabelecidos segundo a percepção da audiência, e não, do comunicador

⁵³ TORO, J. B. **Siete aprendizajes básicos para la educación**. Bogotá : Fundación Social, 1993.

⁵⁴ BUCHER, R. E. **Drogas: o que é preciso saber para prevenir**. São Paulo : Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo (FUSSESP)/Governo do Estado, 1993. 64 p. (mimeo).

ou educador para a saúde⁵⁵. Assim é que conceitos intangíveis ou não facilmente perceptíveis pelo público-alvo (como, por exemplo: “um melhor estado de saúde sexual” ou “redução dos riscos de exposição ao HIV”, sem dúvida, valorizados pelos educadores para a saúde) também devem ser evitados, pois não têm maior significado para a grande maioria das pessoas. Em pesquisas de grupos focais realizadas no Rio de Janeiro e em São Paulo⁵⁶, detectou-se que o principal obstáculo a que as mulheres (e, sobretudo, as adolescentes) tenham sempre consigo preservativos e negociem seu uso com os parceiros é o temor de serem vistas como “muito espertas”, “experientes demais” ou “fáceis”. Se elas tiverem a certeza de que poderão ser vistas como “prudentes”, “responsáveis” e “zelosas com sua saúde e a do parceiro”, certamente passarão a portar preservativos e adquirirão maior autonomia para negociar seu uso.

Esses e outros aspectos, cruciais para o êxito das mensagens e dos materiais, devem ser devidamente monitorados e avaliados. A avaliação - vista como um componente contínuo, permanente e inerente a todas as fases do processo de comunicação para a saúde, fornece subsídios para a construção e reconstrução desse processo, revelando as nuances e possíveis mudanças de valores, práticas, atitudes e comportamentos prevalentes na audiência selecionada. Sendo parte integrante do processo, a avaliação deve permear todas as diferentes etapas da comunicação para a saúde, não podendo ser entendida como fase final do processo, isolada da dinâmica de emissão/recepção de mensagens e resposta por parte da audiência. Concretamente, um bem elaborado componente de avaliação permite:

- ◆ determinar se os objetivos e as metas estão sendo atingidos;
- ◆ revelar os aspectos quantitativos e qualitativos que tendem a favorecer e/ou a dificultar a consecução dos objetivos e das metas;
- ◆ identificar as falhas e os êxitos, os pontos fortes e fracos, e as lacunas porventura existentes nos materiais e/ou campanhas;
- ◆ medir o impacto das ações junto ao público-alvo;
- ◆ orientar todo o processo de construção, reconstrução e elaboração das mensagens e dos materiais no sentido dos objetivos e das metas pretendidos;
- ◆ obter subsídios para o replanejamento e reorientação das ações, bem como para elaboração e desenvolvimento de projetos futuros.

⁵⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS. *Op. cit.*, 1989, p. 27-33.

⁵⁶ SCHIAVO, M. R. *Op. cit.* 1996. In : **Jornal Brasileiro de DST**. v.8, n. 3,p. 32, 1996.

Finalmente, concluindo a etapa de planejamento & organização, deve-se elaborar um cronograma de atividades para a produção e distribuição/difusão dos materiais de IEC, que inclua todas as tarefas previstas, desde a identificação das audiências até o *feedback* ou retroalimentação. O cronograma deverá incluir os prazos para cumprimento de cada tarefa e o profissional ou setor responsável por ela. Quanto mais preciso for o cronograma, maior será a chance de os profissionais envolvidos no projeto manterem-se dentro do planejado. Certamente, um cronograma deve ser visto como instrumento orientador e de gerência⁵⁷, não como uma camisa-de-força. Deve-se atentar, porém, para o fato de algumas atividades e campanhas de comunicação serem pontuais (Dia Mundial de Luta Contra a Aids, por exemplo).

2.3. Seleção de Materiais & Canais

Concluída e revista a fase de planejamento & organização, podem-se definir os instrumentos que serão utilizados na comunicação, isto é, os materiais, impressos (folhetos, cartilhas, cartazes, álbuns-seriados etc.), audiovisuais (filmes, vídeos, fitas gravadas, jogos de slides, transparências etc.) ou eletrônicos (*spots* de rádio e TV, CDRom etc.) e os canais (meios de comunicação: massivos, interpessoais ou comunitários ou alternativos). A seleção tanto dos materiais quanto dos canais a serem utilizados deve ser feita de acordo com a audiência selecionada, suas características socioculturais e sua localização⁵⁸. Assim como a mensagem básica, eles também devem estar adaptados às metas e aos objetivos do processo de comunicação.

Selecionando os Materiais

A produção de materiais de IEC é, reconhecidamente, uma etapa crucial no processo de comunicação para a saúde. Com efeito, essa é uma tarefa que exige conhecimentos gerais e específicos, além de uma considerável dose de criatividade. Também requer tempo (para o diagnóstico situacional e o planejamento e organização das atividades), variados recursos humanos (os profissionais encarregados das várias atividades previstas) e materiais diversos (equipamentos de som e imagem, produtos gráficos, computadores, impressores etc.), além de considerável investimento financeiro: os custos de serviços gráficos, por exemplo, são elevados. O mesmo ocorre com os serviços de produção e difusão por rádio e TV.

⁵⁷ LOVELOCK, C. **Marketing for public managers**. 2. ed. New York : Wiley and Sons, 1991.

⁵⁸ SCHLINGER, M. The role mas media in promoting public health. **Consumer Research** 3, 1976.

Por tudo isso, antes de se iniciar a produção de um novo material de IEC, convém levantar os materiais porventura já existentes - dirigidos ao mesmo público-alvo, obviamente - e que, talvez, possam ser utilizados no programa. Para tanto, devem ser consideradas as seguintes principais questões:

O material propicia à audiência informações relevantes e necessárias, de maneira clara, adequada e cientificamente correta?

Evidentemente, estaria fora de cogitação um material que veiculasse informações incorretas ou não comprovadas cientificamente. Porém, a simples correção informativa não é suficiente. Há segmentos sociais que, em virtude de seus valores morais e religiosos e/ou pelos comportamentos que adotam, julgam-se desobrigados a desenvolver habilidades para se injetarem ou praticarem o coito anal de maneira segura, por exemplo. Para esses grupos, tais informações seriam irrelevantes e, portanto, seriam rejeitados materiais que as contivessem.

É apropriado para a audiência primária, em termos de formato, estilo, código, linguagem e nível de instrução requerido?

Certamente, o mesmo objetivo de prevenir a aids poderá ser atingido com materiais muito diferenciados, segundo o público-alvo sejam os profissionais de saúde que lidam com doentes de aids ou trabalhadores sexuais de baixa renda. Nesse caso, seriam diversos tanto o tipo de informação transmitida quanto o seu nível de complexidade, a linguagem e o estilo utilizados. Para os profissionais de saúde, um vídeo ou um manual de procedimentos seriam materiais apropriados; para os trabalhadores sexuais de baixa renda, ao contrário, esses materiais seriam totalmente ineficazes. Para estes, melhor seria utilizar folhetos, cartilhas e prospectos, podendo inclusive ser encartados em jornais e revistas populares.

O material está disponível e acessível?

Adiantará muito pouco identificar um material de excelente qualidade e perfeitamente adaptado à audiência primária, se a instituição que o produziu não dispõe do mesmo na quantidade requerida pelo programa. Nesse caso, pode-se

tentar obter financiamento para a reprodução ou reedição do material, caso se tenha a concordância da ONG produtora.

O material requer alguma adaptação de conteúdo, forma e/ou linguagem para tornar-se culturalmente aceito pela audiência primária?

Como se depreende dos comentários aos itens anteriores, este é um aspecto muito importante - embora comumente negligenciado. A esse respeito, acrescenta-se que assim como materiais dirigidos a homens adultos, casados ou em união, e que praticam sexo casual não servem para o trabalho junto a adolescentes e jovens, por exemplo, materiais produzidos para uso em países africanos também serão ineficazes para uso no Brasil e vice-versa. Há casos de materiais produzidos no exterior que, simplesmente, foram traduzidos para o Português, sem quaisquer adaptações mais significativas, e que, verificada a sua total e completa inadaptação às audiências nacionais selecionadas, deixaram de ser utilizados.

É importante, nesse caso, analisar o material juntamente com representantes da instituição que o produziu, a fim de conhecer as suas experiências de campo e se foram comprovadas (e como foram comprovadas) a eficácia e a efetividade do material e suas mensagens. Apesar da importância dos testes de campo e da avaliação de uso dos materiais para a eficácia dos programas de comunicação para a saúde, isso raramente é feito⁵⁹, o que faz com que seja relativamente reduzida a experiência a respeito. Considerando-se que os custos dos materiais de IEC, comumente, correspondem à parcela substancial dos recursos destinados aos programas de comunicação, é sumamente importante selecionar materiais apropriados à audiência, sem o quê fatalmente se seguirão o fracasso da mensagem e o conseqüente desperdício de recursos.

Cada material possui características próprias que não podem ser violadas, pois se ajustam tanto às audiências quanto aos canais em que serão utilizados. Por exemplo: vídeos educativos podem ser altamente eficazes para a prevenção da aids junto a adolescentes matriculados em escolas públicas ou privadas. Mas, certamente, serão profundamente ineficazes se o público-alvo for constituído por caminhoneiros. Para esse público, materiais mais apropriados seriam *spots* de rádio, fitas gravadas, painéis afixados em ônibus interestaduais e mensagens nos próprios pára-choques de caminhões, por exemplo.

⁵⁹ BERTRAND, J. **Communications pretesting**. University of Chicago, Monograph N°. 6, 1988.

Selecionando Canais de Comunicação

A seleção dos canais a serem utilizados, não custa repetir, é interdependente em relação à audiência e aos materiais selecionados. Os diferentes canais de comunicação envolvem classificações diversas, segundo a corrente ou metodologia científica empregada⁶⁰. Uma classificação amplamente aceita distribui os canais da seguinte forma⁶¹:

Canais interpessoais - É a comunicação “face to face”, de indivíduo para indivíduo. Ela ocorre entre os membros de uma família, colegas de escola ou trabalho, pessoas que moram na mesma rua ou condomínio. É, também, a forma de comunicação geralmente realizada pelas lideranças comunitárias e trabalhadores de saúde;

Canais comunitários - São aqueles que atingem audiências mais amplas, embora com algumas características comuns. Por exemplo: palestras educativas nas escolas, locais de trabalho ou associações de moradores; grupos de apoio ou discussão; alto-falantes; emissoras de rádios e jornais comunitários; teatro popular etc.

Canais massivos ou meios de comunicação de massa - São aqueles que atingem grandes audiências, localizadas em áreas geográfica e culturalmente diferenciadas. Atualmente, a comunicação de massa se faz preponderantemente por meio da mídia impressa (jornais e revistas de grande circulação) e eletrônica (emissoras de rádio e TV).

Canais alternativos - São os canais que utilizam tecnologia o mais simples possível e, por isso, são de fácil manejo popular, como a literatura de cordel; o jornal mural; mensagens em pára-choques de caminhões, ônibus ou velas de jangadas; inscrições em muros, pedras à beira de estradas, porteiras, tapumes etc..

Cada canal possui características próprias, o que envolve diferentes opções e vantagens ou desvantagens, podendo requerer formatos diferenciados para as mensagens. Os meios de comunicação de massa, por exemplo, podem transmitir informações de maneira muito rápida a um elevado número de pessoas. Contudo, são menos efetivos para motivar pessoas a adotar mudanças comportamentais. Nesse caso, os canais interpessoais, mais íntimos e de “mão dupla” são mais eficazes⁶². O rádio, TV, jornais e revistas são eficientes como fonte primária de informações, mas detêm menor confiabilidade do que os

⁶⁰ MORAGAS, M. **Comunicación y tipología de los medios**. Lima : Fundación Social, 1988.

⁶¹ JARAMILLO. **Modelo de comunicación macrointencional**. Bogotá : Fundación Social, 1991.

⁶² MIAOULES, G. Marketing strategies in health education. **Journal of Health Care**. v.1, n. 1, p. 81, 1980.

canais interpessoais e comunitários. A esse respeito, alguns problemas possíveis são⁶³: a) os MCM podem dar atenção excessiva a informações novas, ainda não comprovadas ou que são relevantes somente para um pequeno segmento populacional; b) podem contribuir para a desinformação, ao veicular informações incompletas e fora de contexto ou omitindo informações importantes; c) podem ter efeitos iatrogênicos, ao concentrar-se em informações polêmicas, crenças infundadas e mitos superados. Enfim, uma relativa perda de controle sobre o que se informa e como se informa pode ser o preço a pagar por uma difusão mais ampla, rápida e com um custo por mil bastante inferior.

Há que se recordar, a respeito, que as funções culturalmente reconhecidas aos meios de comunicação de massa são as de informação e entretenimento; e não a de educação. Por outro lado, não há dispositivos legais que confirmem aos MCM a função de educar. Conseqüentemente, as mensagens de comunicação para a saúde somente entrarão na pauta desses meios se tiverem algum valor informativo e forem atrativas, se chamarem a atenção de suas audiências. Assim, se a mensagem for complexa, extensa ou pertinente a segmentos sociais selecionados, certamente, não atrairá a atenção dos MCM. Nesse caso, será preciso reelaborar a mensagem, para torná-la atraente para os MCM. Apesar disso, trabalhar em parceria com profissionais de comunicação pode trazer muitos benefícios, tanto em termos de adaptação das mensagens a audiências mais amplas quanto em termos do alcance e da cobertura do programa de comunicação para a saúde⁶⁴.

Isso requer, porém, que se realize a “capacitação” dos profissionais de comunicação, desenvolvendo suas habilidades para abordar as questões relativas à promoção da saúde e à prevenção da aids. Afinal, assim como a maioria dos educadores para saúde não tem formação básica em comunicação social, também os profissionais de comunicadores não têm formação básica em saúde pública e preventiva. De qualquer modo, sobretudo o rádio e a TV oferecem muitas alternativas de uso educativo. Por exemplo: os cadernos/suplementos de saúde publicados nos principais jornais do País; reportagens sobre serviços e entrevistas com profissionais da área; *spots* para veiculação em rádio e TV; programas noticiosos; programas de entrevistas e/ou debates; reportagens temáticas etc. Além dessas alternativas mais tradicionais, aflora atualmente o uso do *merchandising social*⁶⁵ nas emissoras de TV e, principalmente, nas telenovelas. Enfim, cada formato oferece vantagens e/ou desvantagens específicas para difusão das mensagens, podendo chegar a uma audiência amplificada e diferenciada.

⁶³ ROGERS, E. et al. The delayed reporting of the AIDS epidemic. **US Today**. may 1989, p. 64.

⁶⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Health promotion for AIDS prevention** : a manual for communicators. Genebra : 1988.

⁶⁵ SCHIAVO, M. R. **Merchandising social** : uma estratégia de sócio-educação para grandes audiências (Tese de Livre-Docência). Rio de Janeiro : Comunicarte/UGF, 1995. 133 p. (mimeo).

Os canais interpessoais, por sua vez, inserem a mensagem num contexto muito mais familiar e cotidiano, o que facilita sua captação, compreensão, lembrança (*recall*) e aceitação. Com efeito, esses canais usufruem de maior capacidade de ganhar a confiança da audiência e de influir em suas atitudes e seus comportamentos.

Além disso, o alcance e a efetividade desses meios podem ser multiplicados quando são associados a diferentes organizações públicas, não-governamentais e comunitárias. Os canais comunitários (incluindo as escolas, empresas, associações comerciais e industriais, associações de moradores, clubes, igrejas etc.) também contribuem para ampliar e reforçar as mensagens preventivas, aumentando a base de apoio, os locais e os mecanismos utilizados para a intervenção educativa.

Em suma: na seleção dos canais a serem utilizados, deve-se considerar:

Que canais são mais apropriados para a disseminação de informações para a prevenção da aids junto à audiência selecionada?

Quais desses canais detêm maior confiabilidade e aceitabilidade junto à audiência? E a quais deles a audiência tem maior acesso?

Que canais se adaptam melhor aos propósitos do programa, suas metas e seus objetivos, e à mensagem básica que se quer transmitir?

Quais e quantos canais são viáveis, considerando-se a estratégia geral do programa, seu cronograma e o orçamento disponível?

Sem dúvida, as escolhas feitas em relação aos canais de comunicação podem ser decisivas para o êxito do material ou campanha. O emprego de diferentes canais incrementa a repetição/reforço da mensagem, multiplicando as oportunidades de exposição da audiência às informações transmitidas. Nesse sentido, é um fator crucial para a eficácia, eficiência e efetividade dos materiais, campanhas e mensagens. Deve-se lembrar, porém, que a seleção e combinação de canais deverá ser feita antes da criação e elaboração dos materiais, pois o formato da mensagem será diferente para os diversos canais.

2.4. Elaboração dos Materiais

O primeiro passo do processo de elaboração dos materiais é a definição dos conteúdos e formatos da mensagem. Os dados e informações sobre a

audiência selecionada, bem como as escolhas feitas quanto a materiais e canais a serem utilizados, são determinantes a respeito das formas de apresentação da mensagem à audiência selecionada. Comumente, há necessidade de se preparar os conteúdos utilizando diferentes:

Formatos - A mensagem pode ser construída de forma verbal, visual ou verbo-visual. Pode conter apenas textos, como pode incluir desenhos, fotografias, gráficos e imagens em movimento. Pode ser planejada para ser lida e/ou vista e ouvida, tendo ou não o apoio de músicas, funcionando como fundo musical. Ressalte-se, porém, que todo e qualquer recurso gráfico, sonoro e de imagem deve servir à difusão e ao reforço da mensagem, não podendo com ela competir.

Porta-Vozes - Quando utilizado, o porta-voz da mensagem precisa ser alguém próximo ou conhecido da audiência, em quem ela confia. Pode ser, por exemplo, um líder comunitário ou de classe, um profissional de saúde, um educador para a saúde, um representante legítimo da audiência (um adolescente, menino ou menina que vive e/ou trabalha nas ruas, um caminhoneiro) ou uma personalidade das artes ou do esporte.

Estilos - Em geral, a mensagem é tanto mais eficaz quanto mais clara, objetiva e fundada em códigos e numa linguagem de fácil decodificação pela audiência. Entretanto, se o estilo seco e direto da linguagem científica é plenamente aceito pelos profissionais de saúde, por exemplo, para os estudantes, usuários de drogas injetáveis e internos do sistema penitenciário, ele será totalmente ineficaz. Portanto, o estilo da mensagem também precisa ser adaptado à audiência, recorrendo-se ao uso de gírias ou jargão característicos do público-alvo (adaptando-se à sua subcultura), ao humor e à emoção.

Entre os adolescentes e jovens, por exemplo, verifica-se que mensagens diretas e objetivas do tipo “A aids é uma doença mortal! Proteja-se!” enfrentam tão forte rejeição⁶⁶ que podem induzir efeitos iatrogênicos. Com efeito, há evidências de que os jovens e adolescentes são mais receptivos a mensagens indiretas, descentradas, em forma de historietas. Sem dúvida, para este público (e para outros públicos, certamente), as mensagens mediatizadas pelas emoções e relações humanas são muito mais efetivas do que a mensagem em estilo científico ou médico com o objetivo de atemorizar, elaborada segundo a perspectiva da autoridade e do saber⁶⁷, sem considerar

⁶⁶ AGÊNCIA FRANCES DE PESQUISAS SOBRE A AIDS. Os Jovens Perante a AIDS. **Saúde**. Paris : n. 28, 1994.

⁶⁷ SPINK, M. J. AIDS e repercussões psicossociais. São Paulo : NEPAIDS, 1993. 16 p. (mimeo).

os fatores que influenciam a recepção.

Há que se considerar, também, alguns segmentos sociais que têm escassa autonomia e que “já vivem, sempre, sob intensos riscos de saúde e segurança”, entre os quais, meninos e meninas que vivem e/ou trabalham nas ruas, travestis, meninos e meninas internos em instituições correccionais e internos do sistema penitenciário. Para esses grupos, mensagens desse tipo podem contribuir para que se desenvolva uma espécie de fatalismo em relação à doença, o que tornaria “desnecessário” todo e qualquer cuidado preventivo. Especificamente em relação a esses grupos, a prevenção da aids estaria competindo com outras prioridades, identificadas em problemas pessoais e sociais cotidianos e, por isso, vistos como ameaça concreta. Além do mais, como já se esclareceu, os riscos de doença são intangíveis e a grande maioria das pessoas (independentemente de fatores socioeconômicos e culturais) percebe a aids como uma ameaça distante, uma abstração, e por isso não se sente pessoalmente em risco.

Construindo as Mensagens

Na construção das mensagens, também se deve levar em conta a influência do *canal* e do *objetivo* da informação. Esta, como se sabe, pode ser usada para *transmitir fatos novos, difundir conhecimentos, alterar atitudes, mudar comportamentos e/ou promover a participação na tomada de decisões*. Muitas vezes, esses objetivos estão superpostos; e, com frequência, são cumulativos. Assim, para que a mensagem seja eficaz, a audiência deverá: 1°.) **receber a informação**; 2°.) **compreendê-la**; 3°.) **crer nela**; 4°.) **concordar com ela e aceitá-la**; 5°.) **agir em função dela**⁶⁸. Desse modo, os principais fatores que influenciam a aceitação ou não da mensagem são:

Clareza - A mensagem deve transmitir claramente a informação e/ou orientação, para que a audiência entenda o seu conteúdo, sem a possibilidade de haver interpretações errôneas ou inadequadas. Os termos técnicos devem ser evitados, o mesmo acontecendo com eufemismos desnecessários. Por exemplo: não há porque se falar em “líquidos ou fluidos corporais”, quando se pretende dizer exatamente “sêmen, esperma e secreções vaginais”. A mensagem também deve ser afirmativa, segundo o conhecimento científico atual. Pode-se afirmar que “não está comprovado que o HIV se transmite pela saliva”, mas não se pode difundir crenças infundadas do tipo “algumas pessoas são mais resistentes ao HIV que outras”.

⁶⁸ MCGUIRE, W. J. Public communication as a strategic for inducing health promoting behavioral change. **Preventive Medicine**. n.13, p. 299-319,1989 and **Preventive Medicine**. n. 19, p. 115-148,1990.

Objetividade - A comunicação é sempre mais eficaz quando se utiliza uma linguagem clara, simples e direta. Assim, deve-se evitar a ordem inversa, frases complexas ou longas demais, assim como qualquer informação não-essencial à compreensão da mensagem. O processo pelo qual o HIV infecta o organismo desperta raro interesse no público em geral, cujo objetivo é o de se prevenir contra a doença. Portanto, não há porque incluir tal informação em materiais dirigidos a audiências que não os profissionais de saúde.

Vocabulário - Em benefício da clareza e objetividade, deve-se utilizar um vocabulário adequado à audiência. Também aqui, e independentemente da audiência, são desnecessários e contraproducentes os eufemismos do tipo “fazer amor”, “relações por trás” ou “órgão sexual feminino”. Por isso, deve-se utilizar os nomes apropriados, isto é, “ter/manter relações sexuais”, “coito anal” e “vagina”. Deve-se atentar, ainda, que, para determinados públicos com subcultura bem marcante, pode ser inevitável o uso de gírias ou expressões não utilizadas em ambientes formais que, entretanto, contribuirão para a eficácia da mensagem. Assim é que, para internos do sistema penitenciário, meninos/meninas que vivem e/ou trabalham nas ruas, por exemplo, talvez se justifique a substituição de “pênis” e “vagina” por “pau” ou “pica” e “xoxota” ou “xana”, respectivamente, assim como em materiais dirigidos a UDI pode ser apropriado substituir “injetar-se” por “tomar pico” ou “tomar baque”.

Uniformidade - Um mesmo fato social ou de saúde pode ser interpretado de modo diferente pelos vários atores sociais (líderes políticos e institucionais, comunicadores, médicos, educadores, assistentes sociais etc.). Dependendo, portanto, do profissional ou equipe que produz os materiais, pode haver considerável variação de conceitos e terminologia. No caso da aids, o perfil epidemiológico inicial da doença propiciou o surgimento de conceitos como “grupos de risco” e “câncer gay”⁶⁹ que, mais tarde, verificou-se serem totalmente equivocados, além de estigmatizantes. Porém, ainda há quem pense que homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis estão “especialmente vulneráveis ao HIV” e, se adotam práticas e comportamentos seguros, não estão. De igual modo, nas mensagens preventivas, há os que optam por estimular o uso do preservativo nas relações sexuais, enquanto outros preferem defender a abstinência, a fidelidade e o abandono das relações casuais.

Núcleo Temático - O núcleo temático da mensagem - isto é, os

⁶⁹ COSTA, N., SCHIAVO, M. R. **Mitos e AIDS**. Rio de Janeiro : BEMFAM, 1990. 19 p. (mimeo).

pontos principais da informação que se quer transmitir -, que deve estar em consonância com os objetivos pretendidos, deve estar explícito e ser enfatizado ao longo do material. Não poderá, jamais, estar implícito ou competindo com informações de menor relevância e/ou que fogem aos objetivos. Por motivos morais, geralmente, pode-se cair na tentação de tentar desestimular as relações homossexuais, quando o objetivo do material seria aumentar o uso de preservativos nesse segmento. Desse modo, a mensagem deveria se concentrar nas práticas homossexuais que não oferecem risco de exposição ao HIV, estimulando o uso do preservativo nas práticas que podem envolver contato com o sêmen ou esperma (coito anal e felação).

Natureza da Mensagem - A mensagem preventiva deve ser afirmativa, direta e conclusiva. Deve estimular uma reflexão crítica, que contribua para mudanças de atitudes, práticas e comportamentos. A esse respeito, deve-se lembrar que a audiência responde mais eficazmente quando se propõe a ela soluções mais fáceis, cujo “preço” não é tão elevado em comparação com o benefício esperado. Por exemplo: obtém-se melhor resposta quando se estimula UDI a evitar compartilhar seringas e agulhas (sobretudo quando se colocam seringas e agulhas descartáveis à disposição deles) do que quando se busca estimular o abandono do uso de drogas injetáveis⁷⁰. Se o objetivo for esse, a troca de seringas e agulhas usadas por descartáveis pode ser um objetivo intermediário que, facilitando as oportunidades para a orientação e o aconselhamento, contribua para a consecução do objetivo final.

Credibilidade - As informações devem ser cientificamente corretas, devendo ser transmitidas de forma progressiva, consistente e a mais completa possível. Tanto a fonte das informações quanto o seu porta-voz devem ser fidedignos. Para demonstrar a veracidade das informações, não há necessidade de se recorrer à citação de pesquisas, estatísticas, instituições ou especialistas da área. Os estudos realizados na Áustria, África do Sul ou El Salvador são pouco importantes para o grande público. Os dados estatísticos e as variáveis de risco não são bem compreendidos pela população, que sabe - além disso - que a Ciência não é estática, que ela evolui, e que a verdade científica de hoje pode ser o equívoco de amanhã. Um excelente recurso para dar credibilidade à mensagem é utilizar um porta-voz (Ex.: Vicentinho).

Tom da Mensagem - Uma mensagem pode informar, motivar, criticar, desafiar, provocar, emocionar e, até mesmo, atemorizar - embora, como já se viu, as mensagens

⁷⁰ FRIEDMAN, S., GOLDSMITH, D. et al. Risk Reduction After Outreach Intervention Among Intravenous Drug Users. (Abstract). In : **Montreal World Conference on AIDS**. 1989, p. 871.

que geram temor sejam contraproducentes para algumas audiências, dependendo do objetivo que se pretende alcançar e da audiência selecionada. Para conseguir isso, geralmente, recorre-se ao humor e/ou às emoções - que são estratégias bastante eficazes para elevar os níveis de atenção e lembrança (*recall*) das mensagens, facilitando seu posicionamento junto à audiência. Porém, isso não é de fácil execução. Para certos públicos, o humor pode ser contraproducente, pois “a aids não tem nada de engraçado”. Um exemplo do bom uso do humor foi a campanha Camisinha Nele!, lançada pela CN-DST/AIDS no Carnaval de 1997.

Quanto às emoções, quase todas as audiências dizem preferir mensagens preventivas mediatizadas pelas emoções e relações humanas. Sem dúvida, os enfoques emotivos podem ser determinantes para que a aids seja percebida como uma ameaça real, concreta e pertinente ao cotidiano de cada pessoa, e que a prevenção da doença é uma necessidade pessoal e coletiva da mais alta prioridade. Entretanto, as emoções podem também causar um impacto negativo, sobretudo as mensagens que buscam difundir preocupações ou medo em relação às situações de risco de exposição ao HIV. Como se demonstrou, a “pedagogia do terror” pode ter efeitos contrários aos pretendidos. Contudo, as situações que envolvem afeto, carinho, relações harmoniosas, alegria, confiança, solidariedade etc. são altamente positivas.

Necessidade Pública - As mensagens devem basear-se nas temáticas e informações que o público-alvo considera relevante e demonstra o desejo de conhecer; e não no que é importante para a fonte das informações. Isso implica a eliminação de informações não-essenciais para que a audiência tome as decisões necessárias. Para isso, é preciso conhecer os seus níveis de informação, suas expectativas, crenças, práticas e hábitos. Afinal, há indicações de que a grande maioria dos trabalhadores sexuais não deseja trocar de profissão, e sim, obter informações e serviços que lhes permitam desenvolver, com segurança, suas atividades profissionais⁷¹. Certamente, o mesmo princípio pode ser aplicado aos homens internos no sistema penitenciário e aos adolescentes internos em instituições correcionais. Não é sensato esperar que eles abandonem a prática de relações homossexuais decorrentes da situação em que vivem, enquanto vivenciá-la. Assim, a informação de que eles necessitam é como praticá-las sem o risco de exposição ao HIV.

Finalmente, um aspecto essencial à boa receptividade da mensagem é dar a ela um enfoque positivo - que a audiência poderá detectar tanto na natureza quanto no propósito da mensagem. Assim, por exemplo, será muito mais eficaz,

⁷¹ IZAZOLA, J. A., MARTINEZ, L. P., RAMAH, M. et al. **Condom use and knowledge in general population, female prostitutes and gay and bisexual men.** Baltimore : [s.n.], 1989. 39 p. (mimeo).

do ponto de vista da comunicação, esclarecer as vantagens e os benefícios do uso do preservativo do que mostrar os riscos que correm aqueles que praticam sexo casual sem utilizá-lo. De igual modo, é preferível chamar a atenção para a proteção alcançada pelos usuários de drogas injetáveis que só utilizam seringas e agulhas descartáveis, em vez de repetir à exaustão os riscos que correm aqueles que compartilham seringas e agulhas. Em suma, deve-se preferir uma construção do tipo: Para prevenir a aids, é preciso: usar preservativos nas relações sexuais; só usar seringas e agulhas descartáveis; e (talvez) reduzir o número de parceiros(as) sexuais; em vez de: Para prevenir a aids, é preciso: não manter relações sexuais sem usar preservativo; não compartilhar seringas e agulhas; não ter relações sexuais com muitos(as) parceiros(as). Enfim: as pessoas desejam saber o que *podem* fazer para se prevenir, e não o que *não podem* fazer.

A Produção dos Materiais

Uma vez que tenham sido elaboradas as mensagens, em seus diferentes formato, estilo e linguagem adaptados aos materiais e canais previamente selecionados, segue-se a etapa de produção dos materiais. Essa etapa envolve atividades técnicas diversas e, por isso, requer profissionais especializados, como redatores, diagramadores, desenhistas e arte-finalistas (para os materiais impressos) e roteiristas, técnicos de som e imagem, iluminadores, produtores de TV etc. (para os materiais audiovisuais). Contudo, todas as etapas desse trabalho deverão ser supervisionadas pelos coordenadores do projeto, a fim de garantir que o produto final atenda aos propósitos do programa. Para tanto, deve-se observar o seguinte:

As mensagens básicas dos materiais a serem produzidos devem reforçar-se mutuamente, em consonância com a estratégia geral do programa;

Com raras exceções, o texto é essencial para a transmissão da mensagem. Por isso, ele precisa ser bem trabalhado, em termos de enfoque, estilo, linguagem, tipologia e disposição gráfica, a fim de estimular a leitura e facilitar a compreensão;

As ilustrações (fotografias, desenhos etc.) também são importantes. Elas devem ser utilizadas não só para captar a atenção, mas também para facilitar a compreensão e a memorização da mensagem. As ilustrações são essenciais para exemplificar procedimentos (como a colocação e retirada do preservativo, e a esterilização de seringas e agulhas, por exemplo). As ilustrações, portanto, devem funcionar como um reforço ao texto, não podendo com ele competir ou dele divergir. Se

as imagens forem muito fortes, podem-se constituir no elemento principal, passando o texto a ser ilustração;

Em alguns materiais impressos e *spots* para rádio, o texto assume maior importância, com as ilustrações funcionando como reforço. Em outros, as ilustrações contêm a mensagem básica, sendo o texto - às vezes - dispensável. É o que ocorre nas histórias em quadrinhos, fotonovelas e nos desenhos animados dirigidos ao público infantil e/ou não-alfabetizado. A comunicação sem palavras, porém, requer muita criatividade por parte do comunicador, além de perfeito conhecimento dos códigos de domínio da audiência;

Os diferentes materiais devem manter uma unidade entre si, em termos de enfoque, estilo, linguagem, uso de cores, tipologia e tipos de ilustrações.

Essas observações gerais são válidas tanto para os materiais impressos (folhetos, prospectos, cartilhas, cartazes, álbuns-seriados, revistas em quadrinhos etc.) quanto para os materiais audiovisuais (*spots* para rádio e TV, vídeos, filmes, jogos de slides etc.). Evidentemente, do ponto de vista técnico, há algumas particularidades que diferenciam os materiais impressos dos audiovisuais, as quais podem resultar de grande importância para a eficácia e efetividade da mensagem. A esse respeito, deve-se observar o seguinte:

Nos Materiais Impressos:

Deve-se fazer uma breve introdução ao texto, ressaltando os objetivos e o público-alvo do material, a fim de orientar os leitores;

O texto deve ser claro e objetivo, utilizando-se palavras e expressões de uso comum. Termos técnicos ou pouco conhecidos devem ser evitados;

As frases e os parágrafos devem ser curtos, diretos e afirmativos. Sempre que possível, deve-se evitar a voz passiva e as formas verbais negativas;

É importante utilizar exemplos de fácil compreensão, a fim de esclarecer e reforçar o texto. Os trechos e expressões mais importantes devem ser destacados, podendo vir sublinhados, em negrito ou inseridos em um quadro ou box;

O texto deve ser dividido em subtítulos, que servem para resumir e reforçar os tópicos tratados em cada seção. Os subtítulos devem ser curtos, mas suficientemente claros e atraentes, a fim de chamar a atenção, estimular e facilitar a leitura;

As frases e os parágrafos devem ser distribuídos com critério, evitando-se tanto os grandes blocos de texto quanto os grandes espaços em branco;

Ao final do texto, deve-se apresentar uma breve síntese (duas ou três frases curtas), para reforçar os pontos principais e estimular a ação do leitor.

Deve-se evitar:

Tipos de famílias diferentes. Escolha uma família (Fujiyama, Times New Roman, Garamond, Univers etc.) e trabalhe com ela em todo o texto;

Letras muito grandes ou pequenas. Em geral, utiliza-se corpo 12 para o texto e corpos maiores para subtítulos e títulos. Para crianças em fase de

Alfabetização e pessoas idosas, porém, deve-se usar letras maiores (corpo 14, por exemplo);

Páginas somente com texto, sem nenhuma ilustração;

Fotografias, gráficos e desenhos complexos ou que não se reproduzam bem.

Nos Materiais Audiovisuais:

Evidentemente, nos materiais audiovisuais (basicamente, *spots* para TV, vídeos, filmes, músicas e desenhos animados), as imagens assumem importância vital, devendo o texto adaptar-se a elas. Deve-se destacar o fato de que a redação de textos para materiais audiovisuais é uma atividade especializada, que requer técnica, talento e criatividade. O roteiro, geralmente, inclui os textos (a locução e/ou as falas de personagens) e indicações de imagens e tomadas (por exemplo: “um grupo de alunos na sala de aula” ou “um casal jovem passeando na praia”), além dos efeitos especiais (“uma música romântica como fundo musical”, “toque de sineta, indicando o fim da aula”).

Os diferentes materiais audiovisuais oferecem uma ampla variedade de alternativas de apresentação, de acordo com os recursos (financeiros e técnicos) disponíveis, a audiência selecionada e o conteúdo básico da mensagem. Os *spots* para TV, por exemplo, pela sua curta duração (de 15” a não mais de 30”) não se

prestam à disseminação de conceitos éticos e/ou educativos mais elaborados. Ao contrário, devem ser de natureza estritamente informativa e motivacional, contendo apelos suficientemente claros e eficazes para provocar ação/reação imediata. Considerando-se que a televisão é um meio massivo - que atinge audiências amplas e muito heterogêneas, deve-se utilizar linguagem, códigos e símbolos de amplo domínio popular. Nesse sentido, um bom *spot* para TV deve, ainda:

Concentrar-se em mensagens curtas e simples, com somente um ou no máximo dois pontos centrais, realmente relevantes para a audiência;

Identificar a mensagem principal logo nos primeiros 10 segundos, para captar a atenção do telespectador e reforçá-la ao longo do *spot*;

Enfatizar tanto o problema (os riscos de exposição ao HIV/aids) quanto a solução (a adoção de práticas e comportamentos preventivos);

Referir-se às habilidades preventivas necessárias (saber como esterilizar as seringas e agulhas ou aprender a usar corretamente o preservativo);

Recomendar ações específicas (“Vá ao posto de saúde mais próximo de você!” ou “Obtenha maiores informações pelo telefone...”), com um enfoque positivo (“Só use seringas descartáveis”, em vez de “Não compartilhe seringas ou agulhas”);

Usar mensagens escritas (se necessário), fundo musical ou efeitos sonoros para veicular informações novas e auxiliar na memorização da mensagem;

Apresentar, ao final, síntese/reforço da mensagem principal.

Nos *spots* para TV, é importante evitar o uso de:

Mensagens e conceitos complexos e/ou diferenciados;

Longas mensagens escritas, ainda que em movimento;

Símbolos, imagens, expressões e/ou recomendações de ações que possam suscitar polêmica, a não ser que seja este o objetivo principal;

Imagens muito fortes e de apelo negativo, pois elas poderão chocar parte da audiência ou produzir pânico, com possíveis efeitos iatrogênicos;

Apelos e recomendações tendentes a criar demandas que, eventualmente, não possam ser atendidas.

Os outros materiais que incluem som e imagem (vídeos, filmes e desenhos animados) diferem do *spot* para TV, primeiro, pela sua duração - tendo, em geral, de 10 a não mais que 20 minutos. Assim sendo, prestam-se à difusão de conceitos mais elaborados, inclusive à exemplificação de procedimentos específicos, por meio de técnicas passo-a-passo. Desse modo, são mais eficazes e efetivos quando utilizados em trabalhos de grupo, com a participação de um orientador ou facilitador. Esses materiais são especialmente úteis para:

Demonstração - O formato audiovisual é o ideal para se demonstrar práticas e comportamentos de saúde mais seguros e positivos, incluindo habilidades que as pessoas precisam desenvolver. Por exemplo: todos os principais passos que configuram o uso correto do preservativo (sua retirada da embalagem ⇒ retirada do ar acumulado ⇒ colocação do preservativo no pênis ⇒ o desenrolar do preservativo ⇒ como retirar o pênis da vagina ⇒ como retirar o preservativo do pênis ⇒ destino a ser dado ao preservativo) podem ser, claramente, exemplificados por meio de vídeos, filmes ou desenhos animados. O mesmo pode ser dito em relação a outros procedimentos, como a esterilização de agulhas e seringas ou de objetos cortantes de uso profissional (tesouras, alicates, pinças e navalhas).

Testemunhos - A mensagem mediatizada por um porta-voz famoso e de reconhecida credibilidade pode ser muito eficaz, sobretudo se ele o faz como se apresentasse uma experiência pessoal. Um ídolo dos esportes ou da música, ator ou atriz de sucesso na TV podem ser porta-vozes para mensagens de prevenção da aids. A credibilidade do porta-voz, no entanto, varia segundo a audiência. Por exemplo: o prestigiado Ministro dos Esportes, o popular Pelé, é um porta-voz excepcionalmente eficaz para mensagens que promovem a prática de esportes, a importância da educação básica e a proteção de crianças e adolescentes. Entretanto, ele não é reconhecido como porta-voz de mensagens que divulgam e defendem os direitos civis e sociais das populações negras ou a cultura da negritude.

Aproximação - Uma dramatização que se desenrola no ambiente familiar cotidiano pode ser útil para *aproximar* o problema das pessoas, criando condições para que elas se identifiquem nas cenas mostradas, associando a aids à sua própria realidade. Uma historinha simples e corriqueira, que poderia acontecer com qualquer pessoa, é muito fácil de recordar e ajuda as pessoas a posicionarem a aids em relação a si próprias. Nesse sentido, o merchandising social nas telenovelas pode ser uma contribuição excepcionalmente relevante.

Nos materiais educativos audiovisuais, comumente, utilizam-se combinações dessas e outras técnicas. Em todos, porém, devem ser observadas as recomendações anteriores quanto ao enfoque, estilo, linguagem, códigos e natureza da mensagem, segundo a audiência selecionada. Por fim, deve-se destacar que é preciso testar tanto os materiais impressos quanto os audiovisuais, antes de produzi-los na quantidade necessária. O teste prévio não garante a eficácia e efetividade do material. Contudo, sem ele, a chance de fracasso da comunicação será muito maior. Esta etapa crucial será discutida a seguir.

2.5. Testes Preliminares

Se os materiais foram elaborados em consonância com as informações sobre a audiência levantadas na etapa de Diagnóstico Situacional e se foram obedecidos os princípios básicos relativos à mensagem e seleção de materiais e canais, é pouco provável que haja qualquer grande problema a resolver. Contudo, a boa técnica requer a consulta a um grupo representativo da audiência que se pretende atingir, a fim de verificar se os materiais são, realmente, compreensíveis, relevantes, atraentes e aceitáveis para a audiência e se obtêm credibilidade junto a ela. Isso é feito por meio de testes preliminares⁷², para os quais há diferentes métodos, de natureza quantitativa e/ou qualitativa.

A metodologia a ser aplicada nos testes preliminares deve ser escolhida segundo a natureza dos materiais, a audiência e sua localização, além do tempo e recursos (financeiros e técnicos) disponíveis. Cada método oferece vantagens e desvantagens, não havendo um que possa ser considerado perfeito. Modernamente, porém, a metodologia que mais tem sido utilizada é a de grupo focal (*focus group*), de natureza qualitativa⁷³.

⁷² Comumente, as provas ou testes de materiais e campanhas educativas são chamados “*pré-testes*”, terminologia que não se adota neste trabalho. Cf. FLAY, B. *Evaluation of the Development, Dissemination and Effectiveness of Mass Media Health Programming*. **Health Education Research**. v. 2, n.2, 1987.

⁷³ É o método comumente utilizado pelas agências de publicidade e/ou empresas que fazem pesquisa de mercado. Cf. BASCH, C. Focus Group Interview: An Underutilized Research Technique for Improving Theory and Practice in Health Education. **Health Education Quarterly**. v. 14, n. 4, winter 1987.

Preparando os Materiais Para os Testes

As versões dos materiais a serem submetidas aos testes devem estar o mais aproximadas possível da versão final, aquela que será produzida em escala industrial. Contudo, sendo essa etapa a mais cara de todo o processo, os profissionais de produção (o arte-finalista, no caso dos materiais impressos, e o produtor audiovisual) deverão preparar versões que, sem exigir maiores investimentos, reproduzam com alguma fidelidade o produto final. Por exemplo:

Folhetos, cartilhas e cartazes podem ser apresentados em fotocópias coloridas, mas já contendo os textos e desenhos necessários, distribuídos como planejado na página;

Um *spot* para rádio pode ser gravado em aparelhagem simples, com vozes não-profissionais;

Um *spot* para TV pode ser gravado em câmera de vídeo VHS comum, com o áudio gravado separadamente, em fitas-cassete e vozes não-profissionais.

Possíveis problemas de impressão, som e imagem serão desconsiderados pelos participantes, se foram alertados de que se trata de uma simples prova.

Organizando Grupos Focais

As entrevistas com grupos focais constituem um método de pesquisa qualitativa adaptado da terapia de grupo. É uma metodologia especialmente útil para que se conheçam percepções, hábitos, crenças, valores, tabus, mitos e preconceitos prevalentes na audiência, assim como aspectos relacionados com a linguagem e os códigos predominantes, simbologia das cores, percepção do corpo, seus usos e funções⁷⁴. Os grupos focais são formados por 8 a 12 pessoas representativas da audiência selecionada (por exemplo: adolescentes; homens que fazem sexo com homens; meninos e meninas que vivem e/ou trabalham nas ruas). Utilizando um esboço previamente elaborado, um moderador mantém a discussão centrada no tema em causa e a conduz de forma a obter respostas para as questões propostas, propiciando a livre expressão de todos os participantes. À medida que as respostas são obtidas, o moderador poderá acrescentar questões adicionais, a fim de obter análises em profundidade.

Os participantes de grupos focais devem ser previamente selecionados, podendo ser localizados em escolas, associações de moradores, indústrias,

⁷⁴ CHISNALL, P. J. **Marketing research**. New York : MacGraw Hill, 1986. p. 43-61.

redes comerciais, construtoras etc., dependendo da audiência que se quer atingir. Não há necessidade de escolha “aleatória” dos participantes, pois os resultados de grupos focais não têm valor estatístico. Entretanto, sobretudo quando se trata de temas socialmente delicados (como o exercício da sexualidade, comportamentos sexuais de risco, práticas de sexo seguro, prevenção da aids etc.), pode ser recomendável dividir os participantes por faixa etária, sexo, orientação sexual, nível de instrução e/ou qualquer outra variável que facilite a liberdade de expressão.

Realizando Grupos Focais

Os participantes de grupos focais não devem conhecer, de antemão, nem o material que será analisado, nem os demais participantes da sessão. Saber com antecedência o que vão discutir, que tipo de material, produzido por quem e com que objetivo fatalmente estimula a formulação de juízos e opiniões prévias, “contaminando” a discussão. De igual modo, se alguns participantes se conhecem, podem-se sentir motivados a atuar em bloco, monopolizando as discussões, prejudicando a espontaneidade e coibindo a manifestação dos demais. É preferível, ainda, que os participantes não tenham participado de outros grupos focais - isso reduz o risco de levarem para a reunião idéias ou opiniões preconcebidas.

O moderador de grupos focais deve ser um profissional experiente, capaz, que saiba conduzir com habilidade e segurança o processo e as relações grupais. Ele não precisa ser um especialista em educação para a saúde ou em comunicação social, mas tem que conhecer a técnica de condução de grupos focais. Deverá saber despertar a confiança e criar alguma empatia com os participantes, dirigindo as discussões e não se deixando levar pelo grupo. Deve ser o primeiro a saber que não existem respostas certas ou erradas, recebendo com naturalidade as diferentes opiniões, sem entrar em conflito ou pretender influenciar quem quer que seja. Seu papel é o de facilitar o processo, mantendo a discussão dentro do previsto e obtendo a maior quantidade e qualidade possível de informações.

Não há um número fixo ou ideal de grupos focais que se deve realizar. Em geral, com uma ou duas sessões bem conduzidas, podem-se obter as informações necessárias, na quantidade e qualidade desejadas. Contudo, determinadas audiências (adolescentes, meninos e meninas que vivem e/ou trabalham nas ruas, mulheres casadas ou em união, por exemplo) podem requerer a realização de várias sessões, uma vez que variáveis como renda, instrução, local de residência e situação familiar são determinantes para conformar a subcultura grupal.

Analisando os Resultados

Os resultados das entrevistas com grupos focais devem ser analisados com muito cuidado e rigor, de preferência por uma equipe multidisciplinar de trabalhadores em saúde. Na análise, devem-se buscar tendências e modelos nas percepções da audiência, da qual o grupo é representativo. Nesse sentido, é importante tomar notas das discussões, mas também gravá-las em áudio e/ou vídeo, para análise posterior. Os grupos focais permitirão avaliar os materiais em relação às características requeridas para sua eficácia, a saber:

Clareza - se o grupo compreendeu claramente a mensagem e as ações preventivas recomendadas, sem interpretações equivocadas.

Capacidade de Chamar a Atenção - se os materiais atraem a atenção da audiência e provocam nela a vontade de ler/ouvir/assisti-los até o fim.

Relevância - se a audiência compreendeu o problema, percebeu e aceitou sua importância na vida pessoal e se reconhece o valor da solução proposta.

Nível de Lembrança - se as mensagens são simples, claras e relevantes o suficiente para que a audiência se recorde delas, passado o primeiro contato.

Credibilidade - se a audiência confia nas informações transmitidas e, por isso, está disposta a seguir as recomendações ou ações propostas.

Pontos Fortes e Fracos - os aspectos do material que mais agradaram à audiência (o formato, a linguagem, os personagens, e o uso das cores, a relevância das informações, o fundo musical etc.) e os aspectos que mais desagradaram-na (aparência dos personagens, tamanho ou forma dos desenhos, uso de determinado vocábulo ou expressão etc.).

Pontos Sensíveis ou Polêmicos - se há, no material, algum elemento (idéia, vocábulo ou expressão, ilustração ou situação) capaz de sensibilizar negativamente a audiência, causando-lhe temor, repulsa, tristeza, ansiedade etc. - o que dificulta sua aceitação; se há algum elemento contrário aos valores da audiência, o que afeta a credibilidade do material.

Obviamente, os resultados do grupo focal podem indicar mudanças diversas a serem feitas no material - algumas delas relevantes; outras, nem tanto -

abarcando os aspectos relacionados com enfoque, conceitos, estilo de redação, vocabulário, formato, cores, tipo e forma das ilustrações, caracterização física dos personagens etc.). Por exemplo: para homens e mulheres com valores morais e/ou religiosos mais tradicionais, a simples menção a “sexo oral”, “sexo anal”, “sexo entre homens” ou “sexo entre mulheres” pode provocar indignação. De igual modo, pode ser revoltante para uma “dona-de-casa” tradicional, com muitos anos de um matrimônio que ela julga estável e mutuamente satisfatório, a recomendação de que deve negociar o uso do preservativo com seu marido. Um casal deitado numa cama e se abraçando, por exemplo, nem sempre é entendido como se estivesse mantendo relações sexuais. Nesse caso, para maior clareza da imagem, é preciso mostrar que está havendo um coito vaginal. O rosto dos personagens também pode ser visto como não representativo de pessoas da região, o que requer que se façam alterações a fim de facilitar a identificação.

Alguns exemplos de mudanças possíveis de serem realizadas a partir dos resultados de grupos focais serão analisados no tópico a seguir.

2.6. Reelaboração & Finalização dos Materiais

Como foi dito, os resultados de grupos focais precisam ser cuidadosamente analisados. Com frequência, um dos erros mais comuns é a excessiva generalização dos resultados. Por exemplo, se cinco dos dez participantes de um grupo focal não compreendem perfeitamente um determinado trecho de folheto, isso não quer dizer que 50% do público-alvo também vai se equivocar. Se se compreende assim, provavelmente, o trecho será totalmente refeito, o que nem sempre é necessário, além de impor a necessidade de nova análise junto ao público-alvo, quando se poderá detectar novos problemas de compreensão. Muitas vezes, pequenas mudanças de vocabulário e/ou estilo, a ampliação de uma foto ou ilustração podem resolver o problema. Uma coisa é certa: se algum participante não compreende com perfeição a mensagem, algo deverá ser modificado, para facilitar a compreensão.

Outro erro comum consiste na reação dos produtores de materiais aos resultados dos grupos focais. Até certo ponto, compreende-se que um profissional capacitado, que levou semanas ou meses planejando e elaborando um determinado material informativo e/ou educativo e realizou seu trabalho com critério e rigor científico e ético, considere ter feito um material de bom nível, perfeitamente adequado ao público-alvo. Nesse caso, é natural que espere ver os conceitos, as mensagens e os formatos que elegeu confirmados pela audiência. Se isso não ocorre e os resultados do grupo focal recomendam mudanças relevantes, isso geralmente não é bem aceito pelo produtor, que tende a ignorar as recomendações do grupo, o que pode concorrer para a ineficácia do

material. A seguir, um exemplo concreto de mudanças sugeridas num folheto de prevenção à aids destinado a mulheres profissionais do sexo⁷⁵:

Aspectos Analisados	Problemas Encontrados	Mudanças Recomendadas
Enfoque	Em desacordo com o título, o folheto enfoca o sexo feito pelas profissionais do sexo pelo lado do prazer, e não, do trabalho (“Veja aqui como não abrir mão do seu prazer”; “Viva o prazer. Faça sexo seguro”). O folheto coloca em primeiro lugar as informações sobre “Como se Pega Aids”.	Tratar o sexo como atividade profissional. “Informe-se aqui como trabalhar sem riscos”, “Trabalhe com segurança. Faça sexo seguro”). Enfatizar as formas de prevenção, que só aparecem no verso do folheto e como usar a camisinha.
Conceitos	O “Trabalhe com Segurança” é impróprio. O conceito de segurança é bem mais amplo: as DST/aids não são os únicos riscos a que as trabalhadoras sexuais estão expostas. O subtítulo “Facilite Sua Vida” também é impróprio, pois remete para a suposta “vida fácil”.	Substituir o título por algo como “Trabalhe sem Correr Riscos de Saúde” ou “Trabalhe sem Medo da Aids”. Substituir o subtítulo por algo como “Cuide-se: Use Camisinha” ou “No Trabalho ou no Prazer, Sempre com Camisinha”.
Estilo de Redação	O trecho “Camisinha evita filhos e doenças sexualmente transmissíveis. Não abra exceção pra ninguém. Só faça com camisinha” está “esquisito, difícil de entender”.	Usar o artigo no início da frase: “A camisinha...”. Trocar “filhos” por “a gravidez”. Deixar claro que é pra só fazer “sexo” com camisinha. A frase, modificada, seria: “A camisinha evita a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis. Não abra exceção pra ninguém. Só faça sexo com camisinha.”

⁷⁵ O folheto *Trabalhe com Segurança: Use Camisinha* foi produzido pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Projeto Nordeste e Movimento Pernambuco Contra a Aids. Foi analisado em um grupo focal de que participaram 09 (nove) trabalhadoras sexuais do Rio de Janeiro, das quais quatro faziam “trottoir” na Zona Sul da cidade e as restantes atendiam em suas próprias casas, motéis e residências.

Vocabulário	A palavra "prostituta" é pejorativa; não deve ser usada. A expressão "secreções sexuais" não é clara e confunde o leitor. Num trecho, fala-se de "doenças sexualmente transmissíveis", em outro, de "doenças venéreas".	Usar sempre "profissionais do sexo" ou "trabalhadoras sexuais". É melhor falar em "esperma" e "líquidos vaginais". Uniformizar: usar sempre "doenças sexualmente transmissíveis".
Formato	O folheto é muito pequeno e a gente perde com facilidade. Ele é todo dobradinho e, aí, a gente não lê na ordem certa.	Aumentar o tamanho e a largura do folheto, colocando uma ou duas dobras apenas. Programar as dobras de modo a facilitar a leitura na ordem adequada.
Uso de Cores	"A cor, no geral, não tem nenhuma função especial: o folheto podia ser preto-e-branco". "Camisinha amarela?! Tomara eu usar camisinha, ainda vou comprar a colorida?!..."	Usar a cor para realçar ou acentuar trechos mais importantes. Ilustrar a camisinha com o modelo mais simples e acessível possível.
Tipo e Forma das Ilustrações	Quando se fala que a "mãe infectada pode transmitir o HIV para o filho durante a gravidez, no parto e na amamentação", a ilustração que aparece é a de transfusão sanguínea, que é repetida depois, no lugar certo. Não há nenhuma ilustração retratando a colocação e a retirada da camisinha. Na capa do folheto, a camisinha aparece enorme e a trabalhadora sexual pequenininha, quando o principal ali é a mulher.	Adequar a ilustração, colocando uma mulher grávida e/ou amamentando. Neste momento, não se quer informar (nem é preciso) sobre a transmissão vertical. Assim, isso pode sair do folheto. Incluir ilustrações que mostrem a colocação e retirada da camisinha. A colocação, de preferência, deverá ser feita pela própria trabalhadora sexual, aproveitando para excitar mais o homem. Dar proporcionalidade às ilustrações, valorizando a mulher e impedindo que ela se sinta diminuída frente à camisinha.
Caracterização dos Personagens	A aparência da trabalhadora sexual na capa retrata aquelas que fazem "trottoir". Existem muitas que não fazem.	As trabalhadoras sexuais nem sempre fazem "trottoir". A ilustração deve retratar não uma, mas um conjunto de diferentes trabalhadoras sexuais (louras, morenas, negras, mulatas), sem usar estereótipos do tipo salto alto, minissaia e rodando bolsinha.

Observa-se, portanto, que pode haver observações e recomendações altamente relevantes (como as que se referem a enfoque, conceitos, vocabulário, tipo e forma das ilustrações e caracterização dos personagens), que deveriam ser levadas em consideração numa eventual reedição do folheto. Mesmo nesse caso, porém, algumas mudanças são simples e de fácil execução, enquanto outras exigiriam uma completa reformulação do folheto. Pode haver, também, observações não tão relevantes. Portanto, poderiam não ser seguidas - uma vez que não chegam a comprometer a eficácia da mensagem. Estão nesse caso as recomendações quanto ao estilo, formato e uso das cores. Deve-se lembrar, contudo, que aspectos pouco relevantes num determinado material podem ser essenciais a outro. Cabe aos moderadores de grupos focais e aos produtores de materiais analisar com critério e sensibilidade a relevância ou não de cada observação ou recomendação. De qualquer modo, em um folheto em fase de produção (que não é o caso do que foi analisado), não custa muito modificar o formato e trabalhar melhor o estilo de redação, a titulação e/ou o uso das cores.

Se as mudanças feitas no material são pouco relevantes (por exemplo: substituição de palavras ou expressões, mudança de voz passiva para ativa, colocação de setas indicativas de direção, ampliação ou redução de ilustrações), não há necessidade de submetê-lo a um novo teste preliminar. Se, ao contrário, as mensagens sofrerem mudanças relevantes no texto ou nas ilustrações (mudança de enfoque, revisão de conceitos, modificações nas ilustrações e caracterização dos personagens), deve-se realizar um novo grupo focal, de preferência com os mesmos participantes. Em caso de dúvida sobre a relevância ou não das mudanças, deve-se também repetir os testes. Em cada sessão, porém, deve-se apresentar o material completo, e não, apenas as partes que tiverem sido modificadas⁷⁶.

Numa segunda sessão de testes, comumente, não surgem outras questões relevantes. Se for o caso, deve-se proceder às alterações necessárias, voltando-se a testar o material. Assim, após as derradeiras alterações, o material estará pronto para ser arte-finalizado (no caso dos materiais impressos) ou produzido (materiais audiovisuais). A arte-finalização e a produção audiovisual, como já foi dito, são atividades técnicas que requerem profissionais especializados. Cabe ao arte-finalista, por exemplo, transformar o *lay-out* - utilizado para os testes preliminares, em *arte-final* - isto é, o material gráfico pronto para entrar em processo de impressão, já com todas as definições quanto a formato, tipo de papel a ser utilizado para a impressão, as cores, tipologia e titulação, além da disposição de textos, títulos e ilustrações. O arte-finalista também deverá indicar a proporção das fotografias e/ou ilustrações, dando a estas últimas um tratamento adequado à sua reprodução.

⁷⁶ PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. **Guia para adaptação de instruções sobre o uso de preservativos**. Brasília : Ministério da Saúde, 1994, p. 31-37.

É fundamental enviar o *lay-out* do material à gráfica, assim como se deve acompanhar as diversas fases do trabalho (fotolitos, montagem de fotos ou ilustrações e serviços de acabamento). Com efeito, problemas como a desproporção das ilustrações, sua inversão e/ou colocação inadequada e, ainda, a repetição ou exclusão de títulos ou partes do texto ocorrem com frequência e podem comprometer todo o trabalho realizado. Por isso, recomenda-se solicitar à gráfica uma prova heliográfica ou similar - que reproduz, fielmente, o material já impresso. Em alguns materiais, além disso, a dobra precisa ser feita com cuidado, obedecendo-se ao modelo elaborado pelo arte-finalista. Havendo a certeza de que todos estes aspectos estão de acordo com o planejado, pode-se autorizar a impressão do material.

Deve-se ter os mesmos cuidados com os materiais audiovisuais. Com efeito, a produção desses materiais é complexa e requer equipes comandadas por um produtor de rádio ou de TV. Esses técnicos são responsáveis pelas diferentes etapas da produção, incluindo a seleção e contratação de locutores e/ou porta-vozes, técnicos de som e imagem, atores e/ou figurantes, bem como pela gravação das mensagens, seleção das locações, cenários e efeitos especiais. Contudo, os profissionais diretamente ligados à produção dos materiais educativos deverão acompanhar todo o processo de produção, a fim de se assegurarem de que os roteiros e as indicações estão sendo seguidos, tal como previamente aprovados. Também nesse caso, podem ocorrer problemas de locução, sonorização, entonação e/ou interpretação inadequada do texto e uso de imagens, porta-vozes, músicas ou efeitos especiais não apropriados. Verificada, porém, a consonância com o roteiro e as indicações, bem como a adequação do material aos objetivos do projeto, pode-se autorizar a sua reprodução na quantidade necessária.

2.7. Distribuição & Uso dos Materiais

De posse dos materiais impressos ou reproduzidos, deve-se promover a sua distribuição e/ou difusão e uso adequado. Considerando-se que tanto o material quanto o canal selecionado são apropriados e de fácil acesso ao público-alvo, resta observar a natureza e as características de cada material - aspectos cruciais para a definição da metodologia de uso. Os folhetos, panfletos, cartilhas, filmes e vídeos, por exemplo, são meios eficazes para a aquisição de conhecimentos e habilidades (uso correto do preservativo ou esterilização de seringas e agulhas). Contudo, enquanto os três primeiros tipos de materiais prestam-se à distribuição individual e podem ser eficazes se distribuídos isoladamente ou como um reforço aos conteúdos de que as pessoas se apropriam durante uma palestra, os filmes e vídeos são mais indicados para a difusão por meio de instituições reeditoras, em palestras educativas, grupos de discussão ou auto-ajuda e sessões de

aconselhamento⁷⁷. Os custos de produção e reprodução desses materiais inviabilizam a distribuição individual, o que elevaria muito o preço por pessoa atingida.

Os cartazes, os painéis, as placas e as faixas, por sua vez, prestam-se basicamente à difusão de informações sobre eventos, serviços e locais de atendimento. De natureza motivacional, são eficazes para mobilizar as pessoas e comunidades, mas não são os mais indicados para a veiculação de conteúdos preventivos ou a aquisição de habilidades⁷⁸. O mesmo pode ser dito em relação aos *spots* para rádio e TV. Com uma duração média de 15 a 30 segundos, esses materiais também não são apropriados para a abordagem de conteúdos educativos complexos, embora se mostrem altamente eficazes na difusão de mensagens motivacionais do tipo “*Proteja-se. Use camisinha!*”, “*Drogas. Tire essa idéia da cabeça!*” ou “*Vá ao posto de saúde mais próximo!*”. Esses *spots* têm, ainda, a vantagem de alcançar uma audiência ampla, o que reduz o custo por pessoa atingida. Com maior duração (5 a 15 minutos), os filmes e vídeos para TV e programas de rádio, além dessas vantagens, permitem abordar conteúdos formativos.

De qualquer modo, todos esses aspectos - obrigatoriamente - devem ter sido considerados durante as etapas de planejamento & organização e seleção dos materiais e canais. Com base nas informações colhidas no diagnóstico situacional, também já se terá identificado a localização da audiência, isto é, os diferentes espaços, dias da semana, horários e situações em que podem ser encontrados contingentes significativos do público-alvo selecionado. Em alguns casos, a localização do público-alvo pode parecer óbvia; em outros, nem tanto. Os internos do sistema penitenciário, por exemplo, podem ser encontrados nas penitenciárias, nos presídios e nas casas de detenção, cujos endereços são facilmente identificáveis. O mesmo ocorre em relação aos meninos e às meninas internos em instituições correcionais. Os adolescentes e jovens, por sua vez, podem ser encontrados em uma ampla variedade de locais ou situações (escolas públicas e privadas, academias de ginástica, clubes, associações de moradores, *shopping-centers*, praias, bailes *funk*, parques de diversão, *flippers* etc.), embora todos de fácil identificação.

Já a localização de outros públicos-alvo - caminhoneiros, homens que fazem sexo com homens, mulheres profissionais do sexo, travestis, garotos de programa, usuários de drogas injetáveis, meninos e meninas em situação de risco social e parceiras de homens que fazem sexo com homens e/ou usuários de drogas injetáveis - requer maior atenção. Com efeito, alguns desses segmentos se caracterizam por uma

⁷⁷ GUTIÉRREZ, M. (ed.) **Video, tecnología y comunicación popular**. Lima : Crocevia, 1989.

⁷⁸ MARTÍN BARBERO, J. **De los medios a las mediaciones**. Barcelona : G. Gili, 1987.

grande mobilidade espacial - como é o caso dos caminhoneiros, meninos e meninas em situação de risco -, enquanto outros se distribuem pelos diferentes espaços sociais (usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e as parceiras desses dois grupos). No caso das mulheres profissionais do sexo, travestis e garotos de programa agregados a prostíbulos ou que fazem *trottoir*, sua localização é conhecida. O mesmo não ocorre, no entanto, com centenas de trabalhadores sexuais que oferecem serviços por meio de anúncios em jornais e atendem em motéis e residências.

O estudo acurado da audiência (realizado na fase de diagnóstico situacional), porém, pode fornecer informações úteis à sua localização. Muitos homens que fazem sexo com homens, por exemplo, costumam fazer “pegação”⁷⁹ nos chamados bares, saunas e/ou boites gay; caminhoneiros se reúnem em grandes postos de abastecimento à beira das estradas e, também, em festividades diversas que ocorrem pelo interior (rodeios, quermesses, festas da padroeira da cidade etc.); meninos e meninas em situação de risco se reúnem em locais determinados para dormir ou recorrem a casas de abrigo noturno e/ou temporário. Além disso, a localização dos vários públicos-alvo não tem que ser identificada - necessariamente - de forma estática ou com o caráter de reunião. Sem dúvida, muitos usuários de drogas injetáveis podem ser localizados nas imediações e/ou nas vias de acesso aos pontos de venda de drogas.

Tudo isso põe em relevo o fato de que localizar adequadamente a audiência é muito importante. Entretanto, isso não basta: é preciso que se tenha, previamente definidas, estratégias eficazes para se atingir os diferentes públicos-alvo selecionados. Nesse sentido, um passo fundamental é identificar, motivar e integrar as audiências secundárias (reeditores), isto é, pessoas ou instituições de fácil acesso e de credibilidade junto aos públicos primários e que, por isso, mostram-se capazes de influenciar suas práticas, atitudes e seus comportamentos. Essas audiências secundárias, muitas vezes, são essenciais para intermediar as ações, porque permitem reduzir ou eliminar possíveis resistências do grupo à intervenção preventiva e superar eventuais obstáculos de natureza sociocultural (prevalência de preconceitos e/ou juízos de valor, uso de códigos e linguagem bastante diversos e sistemas de valor também diferenciados).

Como já foi referido (Cf. pág. 16), os possíveis reeditores se diferenciam segundo o público-alvo selecionado. Assim, para os adolescentes e jovens, podem ser eficazes como reeditores os professores de 1º e 2º graus, instrutores de ginástica ou esportes e líderes de associações de moradores e outros grupos associativos. Se o público-alvo for composto por caminhoneiros, as lideranças de classe, os funcionários

⁷⁹ No jargão utilizado pelos homens que fazem sexo com homens (“*homossexuais*” e/ou “*bissexuais*”), “*pegação*” é a paquera ou corte, isto é, o ato de conquista ou de busca de um parceiro sexual.

de bares e postos de gasolina à beira de estradas constituirão a audiência secundária. No caso dos internos no sistema penitenciário ou em instituições correcionais, os públicos secundários seriam os assistentes sociais, agentes penitenciários e profissionais de saúde lotados naqueles estabelecimentos, bem como os agentes judiciais encarregados das avaliações comportamentais e revisões penais. As pessoas e instituições que buscam propiciar apoio espiritual a esses segmentos também seriam reeditores eficazes.

Uma tendência bastante comum é utilizar, como reeditores, indivíduos que se identificam como membros dos grupos em que se pretende realizar a intervenção preventiva. Assim, os grupos de auto-ajuda para usuários de drogas, as associações de trabalhadoras sexuais, os grupos organizados de travestis e/ou de garotos de programa, as entidades que congregam ex-internos em estabelecimentos correcionais e as diferentes ONG que defendem os direitos dos homens que fazem sexo com homens, entre outras instituições, vêm assumindo crescente importância nas ações de prevenção da aids - muitas delas, inclusive, com o reconhecimento e apoio formal da CN-DST/AIDS⁸⁰. Em geral, essas instituições atuam por meio dos *projetos de aproximação*, que visam a levar informações preventivas a pessoas cujo acesso aos serviços de saúde tradicionais é difícil. Um projeto de aproximação bem estruturado⁸¹:

- ◆ permite que se desenvolvam ações preventivas (educativas e assistenciais) nos próprios locais onde as pessoas estão (bares, boites e, até mesmo, nas próprias ruas) - levando a prevenção às pessoas - e não, por intermédio de escolas, clínicas, postos de saúde e/ou locais de trabalho;
- ◆ é um meio eficiente para se chegar às pessoas que carecem de acesso a serviços, entre as quais, mulheres profissionais do sexo, travestis e garotos de programa, meninos e meninas em situação de risco, usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens, internos do sistema penitenciário e meninos(as) internos em instituições correcionais;
- ◆ propicia uma intervenção horizontal e não-invasora, com amplo respeito às normas e aos valores prevalentes nos diversos grupos;

⁸⁰ MINISTÉRIO da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. *Op. cit.*, 1997.

⁸¹ DALY, J. e HORTON, M. **Projetos de aproximação** : filosofia, metodologia & resultados (Relatório Final do Seminário da Promovido pela OMS). Nova Iorque : maio de 1994. 117 p. (mimeo).

- ◆ tem um custo operacional relativamente baixo, pois mobiliza e integra os diferentes recursos existentes nas comunidades, tais como: locais para reuniões (templos religiosos, escolas, associações de moradores etc.); emissoras de rádio e jornais comunitários; lideranças informais; outras organizações (equipes de futebol, grupos de mães etc.);
- ◆ facilita e promove o acesso aos serviços sociais e de saúde disponíveis nas comunidades, podendo aumentar a eficiência de outras ações (assistência jurídica a crianças e jovens infratores, trabalhadores sexuais e usuários de drogas injetáveis, por exemplo).

Conclui-se, portanto, que os projetos ou as atividades de aproximação constituem uma estratégia altamente eficaz para a prevenção da aids. Sobretudo, porque propiciam o desenvolvimento de diferentes metodologias de uso e/ou difusão dos materiais. Como já se demonstrou, as mensagens preventivas alcançam maior eficácia quando veiculadas por diferentes canais e materiais cujas mensagens se auto-reforçam. Nesse sentido, os projetos de aproximação oferecem oportunidades para a distribuição individual de materiais (folhetos, cartilhas, panfletos etc.), e também para realização de palestras educativas, *work-shops* e grupos de discussão ou de auto-ajuda (com apoio de materiais como vídeos, filmes e/ou álbuns-seriados), atividades de aconselhamento e/ou visitas domiciliares. Enfim, o emprego de multiplicadores e/ou facilitadores pertencentes às audiências secundárias é vital para o êxito comunicacional dos materiais produzidos.

Contudo, para que os materiais sejam adequadamente utilizados, os multiplicadores e facilitadores precisam dispor de informações claras e objetivas sobre os objetivos que se pretende alcançar, o público-alvo do material e sua localização, as estratégias de distribuição e/ou trabalho com os materiais. Essas informações são essenciais para que os multiplicadores e facilitadores possam usá-los, *de maneira adequada*, nas ações educativas, sem o quê pode-se obter inclusive efeitos iatrogênicos, como ocorreu, por exemplo, com a cartilha ***Onde Mora o Perigo***⁸².

2.8. Avaliação & Feedback

Se não são comuns os testes preliminares dos materiais para a prevenção da aids, mais rara ainda é a avaliação de sua eficácia e efetividade. Em geral, esses materiais são produzidos sob a responsabilidade direta da CN-DST/AIDS - que, para tanto, faz realizar licitações e concorrências públicas por meio das quais seleciona e contrata ONG especializadas em informação, educação & comunicação ou agências de publicidade - ou pelas próprias ONG que atuam na área de prevenção à aids - quase sempre com apoio técnico e/ou financeiro da CN-DST/AIDS. Em ambos os casos, no mais das vezes, os materiais são produzidos, distribuídos, utilizados e/ou veiculados, sem que se realize qualquer tipo de acompanhamento organizado e sistemático, seja de natureza quantitativa ou qualitativa⁸³.

Há vários motivos que, comumente, são apontados como justificativas para não se promover a avaliação de materiais e/ou atividades de comunicação e educação para a saúde. Um deles é a limitação de recursos financeiros - por vezes, insuficientes até mesmo para a produção e distribuição dos materiais. Outras justificativas comuns são: falta de tempo e/ou de pessoal capacitado; restrições orçamentárias para a contratação de consultores, entrevistadores e analistas; dificuldades para a obtenção de informações junto à audiência selecionada, para elaborar instrumentos de avaliação apropriados a programas de comunicação e, ainda, para separar os efeitos do programa de outros fatores socioculturais que atuam sobre a audiência. Sem dúvida, essas dificuldades precisam ser consideradas. Contudo, elas não anulam um fato concreto: o componente de avaliação é imprescindível para determinar se o projeto segue o curso previsto, que resultados apresenta e qual a sua relevância para o público-alvo.

⁸² Dirigida a profissionais do sexo e internos do sistema penitenciário, essa cartilha foi enviada pela CN-DST/Aids a algumas organizações não-governamentais do Rio de Janeiro e acabou sendo distribuída a alunos do 1º. e 2º. graus da Escola Golda Meir (Cf. O Globo, 19/10/96). Da polêmica que se seguiu, ficou claro que as ONG não haviam recebido quaisquer indicações sobre o uso do material e o seu público-alvo. Nesse caso, uma simples folha com as informações referidas teria orientado o uso correto da cartilha, evitando o constrangimento por que passaram pais, alunos, professores, dirigentes da ONG envolvida e a própria CN-DST/AIDS.

⁸³ **Em entrevistas pessoais com gerentes de projetos e produtores de materiais de IEC vinculados a 16 ONG do Rio** de Janeiro atuantes no campo da prevenção à aids, nenhum dos entrevistados relatou algum procedimento de avaliação dos materiais e/ou das atividades informativo-educativas. As exceções, nesse caso, ficam por conta dos testes preliminares, pesquisas qualitativas, estudos de caso e pesquisa de *recall* realizadas por iniciativa da Master Comunicação, do Paraná, que detém a conta da CN-DST/AIDS. Cf., por exemplo: SOMA - Opinião e Mercado. Aids no Brasil (Recall da Publicidade e Imagem da População). Brasília, 1995 (mimeo), 35 p.; Faculdades Salvador. Estudo de Caso: A Campanha da Aids na TV. Salvador, s/d (mimeo), 19 p. Diferencial - Pesquisa de Mercado. Pesquisa Sobre o Comportamento da Mulher. Curitiba, 1996 (mimeo), 39 p.

Com efeito, indicadores quantitativos (por exemplo: número de exemplares distribuídos e de palestras, visitas ou outros eventos realizados; número de inserções do material no rádio e/ou TV; de pessoas atingidas e ONG participantes; eventuais aumentos no número de pessoas atendidas nos serviços), quando relacionados com as metas pré-estabelecidas, denotam a maneira como o projeto se desenvolve e o modo como a audiência selecionada responde às ações implementadas. Mais importantes ainda, os indicadores qualitativos (nível de apreensão de conhecimentos; superação de mitos e preconceitos; possíveis mudanças de práticas, atitudes e comportamentos) expressam os resultados alcançados com a difusão do material. A combinação dos indicadores quantitativos e qualitativos permite levantar não apenas os efeitos da mensagem, mas também a forma como se deram as mudanças; de que modo e por que certos elementos foram bem-sucedidos e os aspectos que deverão ser modificados, no futuro.

Na verdade, no mais das vezes, o que ocorre é uma percepção gerencial limitada a respeito da importância do componente de avaliação. Certamente, se os gerentes de projetos estiverem convencidos de sua relevância, a falta de recursos poderá ser solucionada com a simples alocação de recursos específicos no orçamento do projeto. Se for o caso, as fontes originárias de recursos também precisarão ser convencidas. O cronograma também poderá ser ajustado para integrar o tempo necessário às avaliações. Na falta de pessoal capacitado ou de recursos para contratação de consultores, pode-se solicitar o apoio de universidades, centros de pesquisa ou de outras ONG - que, muitas vezes, também têm interesse em estudar a audiência selecionada. Além disso, diferentes organizações nacionais e internacionais mantêm programas de apoio técnico e financeiro à capacitação de recursos humanos. Enfim: nenhum dos problemas apresentados pode ser considerado insuperável, havendo diferentes alternativas para realizar, com um mínimo de critério científico, a avaliação de materiais ou campanhas.

A avaliação se realiza por meio de técnicas e instrumentos⁸⁴, os quais podem ser mais ou menos complexos e abrangentes, propiciando estudos mais ou menos aprofundados e demandando mais ou menos tempo e recursos para serem aplicados. A seguir, descrevem-se quatro tipos de avaliação aplicáveis a materiais e/ou campanhas de prevenção da aids. Cada um deles possui natureza e características específicas, o que deve ser considerado em relação aos recursos (financeiros, materiais

⁸⁴ As técnicas de avaliação identificam os diferentes métodos utilizados para a obtenção das informações necessárias (observação participante, entrevistas com questionários auto-administrados, entrevistas em profundidade, grupos focais, estudos de caso, pesquisas de *recall* etc.). Os instrumentos, por sua vez, são os vários recursos que podem ser utilizados com esse fim (questionários, roteiros de entrevistas, roteiros de discussão, gravações em áudio e/ou vídeo, registros de serviços etc.) Cf. SCHIAVO, M. R. et al. Avaliação: A Bússola de um Programa. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1989 (mimeo), 26 p.

e humanos), tempo e condições logísticas disponíveis para a avaliação. Nenhum deles, de forma isolada, proporciona uma visão completa dos níveis de eficácia e efetividade dos materiais, bem como dos diferentes fatores que determinam o êxito ou o fracasso das mensagens. Todos, porém, oferecem subsídios que aumentam em muito as chances de êxito dos programas de comunicação.

- ◆ Avaliação Formativa - A avaliação formativa, incluindo os já referidos testes preliminares de materiais ou campanhas, é realizada durante todo o processo de comunicação para a saúde (isto é, desde a fase de diagnóstico situacional até e além da etapa de distribuição/difusão e uso dos materiais produzidos), supondo uma seqüência dinâmica em seus diversos momentos e propiciando um *feed-back* corretivo permanente. Sua principal função é alimentar o sistema, permitindo que se identifiquem os pontos fortes e fracos das peças e materiais, além de fornecer informações que orientem a tomada de decisões no sentido de manter ou reformular o plano de ação, antes de se passar para a próxima fase. Se houver condições logísticas e financeiras, bem como pessoal capacitado disponível, o ideal é que se promovam dois ou três grupos focais com representantes típicos da audiência selecionada - observando-se, de acordo com as circunstâncias, aspectos como idade, sexo, orientação sexual, nível de instrução e condição socioeconômica e utilizando-se instrumentos como roteiros de discussão, questionários, gravações em áudio e/ou vídeo. Outras técnicas possíveis de serem aplicadas com fins de avaliação formativa são: entrevistas de interceptação, entrevistas em profundidade e revisão dos materiais e campanhas por multiplicadores.
- ◆ Avaliação de Processo - A avaliação de processo busca examinar, em profundidade, os diversos procedimentos e atividades relacionados com a elaboração e produção de mensagens, materiais ou campanhas. Em geral, fornece informações de natureza basicamente quantitativa (como, por exemplo: a quantidade de materiais educativos distribuídos e o número de palestras realizadas, bem como a audiência estimada em ambos os casos; o tempo utilizado em emissoras

de rádio e TV e as respectivas estimativas de audiência, além do número de vezes em que a mensagem atingiu cada ouvinte/telespectador; as solicitações de materiais, por parte de pessoas e/ou outras ONG; eventuais aumentos nas estatísticas de atendimento dos serviços e as fontes de informações sobre os serviços). A avaliação de processo pode envolver, ainda, aspectos administrativos e organizacionais do projeto. Sua preocupação maior está voltada para a eficiência das atividades, enfatizando os resultados mais imediatos.

- ◆ **Avaliação de Resultados** - A avaliação de resultados pode oferecer informações de natureza quantitativa ou qualitativa. É empregada, em geral, para obtenção de dados descritivos sobre um projeto ou campanha de comunicação, ou seja, o produto das atividades desenvolvidas (por exemplo: o aumento do número de pessoas que procuram um serviço, após o anúncio do mesmo em jornais ou emissoras de rádio; maior uso de preservativos em uma determinada comunidade, após a realização de palestras educativas e distribuição de folhetos e cartilhas). Também neste caso, podem ser utilizadas diferentes técnicas e instrumentos de avaliação, que permitem levantar informações quanti-qualitativas, como: aumento dos níveis de informação sobre as questões tratadas; porcentagem da audiência que demonstra maior consciência sobre os temas; mudanças de atitudes e condutas, a curto ou médio prazo; intenções expressas pela audiência selecionada; mudanças nas políticas locais; início e/ou reforço de atividades relacionadas com as DST/aids etc.
- ◆ **Avaliação de Impacto** - A avaliação de impacto é o mais abrangente e integral dos quatro tipos de avaliação descritos. Contudo, a sua aplicação nos programas de comunicação é muito rara, devido a fatores diversos. Em geral, esse tipo de avaliação requer estudos e análises prolongadas.

Isso exige que a ONG assuma e cumpra compromissos de longo prazo, o que poderá implicar em custos relativamente elevados. Além disso, a avaliação de impacto pode requerer o emprego de

outras estratégias que não as de comunicação. Por outro lado, muitas vezes, os resultados não podem ser diretamente relacionados com os efeitos de uma ação ou campanha de comunicação, em virtude de outros fatores socioculturais que atuam sobre a audiência selecionada. De qualquer modo, a observação participante, entrevistas com questionários auto-administrados, grupos focais, entrevistas em profundidade, estudos de caso e análises de dados clínicos ou hospitalares seriam as principais técnicas para a realização da avaliação de impacto, cujos resultados podem incluir: redução da prática de sexo casual ou de risco; aumento sustentado do uso de preservativos; queda na prevalência de DST; redução nos coeficientes de infecção em grupos que correm riscos elevados de exposição ao HIV.

Observa-se, pois, que a natureza e as características do processo de avaliação implicam o uso de diferentes técnicas e instrumentos que indiquem a eficácia e efetividade dos materiais e campanhas de prevenção à aids. Contudo, não é preciso eleger sempre as técnicas e instrumentos mais complexos: os mais simples e de fácil aplicação também podem ser eficazes. O importante é que a elaboração, a produção e o uso dos materiais e campanhas sejam entendidos como componentes de um processo, que deve ser avaliado em sua globalidade. Assim, a avaliação deverá acompanhar todos as etapas desse processo, fornecendo um *feed-back* indispensável, com vistas a elevar a qualidade das ações desenvolvidas e alcançar o mais alto grau possível de adequação do material ao público-alvo ao qual se destina, em termos de temática, linguagem, conteúdos, enfoque, canais selecionados etc.

Nesse sentido, não basta avaliar os materiais e campanhas: é preciso aplicar, na prática, as diferentes lições aprendidas. Essas lições constituem o *feed-back* do projeto, sua retroalimentação, e são elas que fundamentam a decisão de manter, fazer pequenas correções ou alterar profundamente um determinado plano de ação, seja este referente a único material ou a uma campanha mais ampla. Assim, de posse dos resultados da avaliação:

Reavalie as metas e objetivos - Os objetivos e as metas estabelecidos eram realistas, mensuráveis e factíveis? Estavam em consonância com as necessidades e demandas do público-alvo? Eram compatíveis com as disponibilidades financeiras, logísticas e de pessoal? Houve alguma mudança de práticas, atitudes e comportamentos do público-alvo que aconselhe mudanças nos objetivos e metas? Há

conhecimentos novos que devem ser considerados?

Identifique áreas que requeiram esforços especiais - Existem objetivos e metas que não estão sendo alcançados? Por quê? Alguma estratégia não teve o êxito esperado? Por quê? O que pode ser feito para aprimorar este componente? A escolha dos diferentes materiais e canais mostrou-se acertada? Os resultados poderiam ter sido mais significativos se outros materiais e canais fossem utilizados? As audiências secundárias foram bem utilizadas? Por quê? Há necessidade de novos recursos humanos, financeiros ou materiais?

Identifique estratégias ou atividades bem-sucedidas - A que estratégias e atividades determinados resultados podem ser associados? Por quê? Desse modo, é desejável que se ampliem essas estratégias e atividades? De que forma e com que meios isso poderia ser feito? Outras audiências podem vir a ser beneficiadas por essas estratégias e atividades? Quais foram os pontos fortes do material ou campanha, segundo a audiência?

Analise a relação custo/benefício - Quais foram os resultados e os custos relativos de cada etapa de elaboração, produção e distribuição/difusão do material ou campanha (incluindo custos administrativos, aparato logístico, tempo do pessoal envolvido etc.)? Há alguma atividade que oferece resultados similares a um custo mais baixo? Que aspectos podem ser melhor trabalhados, a fim de reduzir custos e maximizar resultados?

Busque ampliar o apoio ao projeto - Os resultados do projeto ou da atividade estão sendo ou foram compartilhados com outros membros da ONG? E com membros de ONG que atuam na mesma área ou em áreas similares? De que forma isso foi ou está sendo feito? Os órgãos governamentais das áreas social e de saúde e as organizações internacionais ou bilaterais de apoio receberam informações sobre o projeto e seus resultados do projeto? De algum modo, as lições aprendidas ficarão registradas? Por quê?

As respostas a essas e outras considerações, certamente, ajudarão a equipe de produção de materiais ou campanhas educativas, em seus futuros trabalhos. Contudo, não só a eles esse processo deve servir. Como foi dito, é muito reduzida a bibliografia nacional sobre produção e uso de materiais educativos. Um dos motivos para que isso ocorra é, sem dúvida, o escasso tempo que se tem para planejar e elaborar os diversos materiais, o que faz com que os técnicos da área se concentrem mais em “fazer e

distribuir” os materiais do que em testá-los, avaliá-los e, muito menos, em relatar o que eventualmente foi aprendido nos testes e nas avaliações. Em geral, entende-se a avaliação e seu relatório como tarefas voltadas para uma atividade já concluída e, portanto, “voltada para o passado”. Nesse sentido, seria mais atraente voltar-se para o futuro, isto é, para uma nova campanha e/ou um novo material.

Contudo, esse raciocínio é totalmente falso. A avaliação é uma atividade voltada para o futuro, uma vez que visa a mais que identificar êxitos e fracassos - levantar informações sobre os benefícios mediatos ou imediatos do material ou campanha para a audiência, além de informações que orientem projetos de comunicação ainda mais adequados a ela. Nesse sentido, um relatório de testes preliminares ou de outras atividades de avaliação - que deve ser um documento sucinto, claro e consistente - oferece as seguintes vantagens:

É um produto tangível que pode ser empregado para demonstrar a outros técnicos (da própria ONG ou de outras organizações) o valor das atividades de avaliação, sobretudo quando não é forte o apoio institucional a essas atividades;

Para os multiplicadores e facilitadores - que vão utilizar os materiais - pode ser uma evidência da relevância do material ou campanha para o público-alvo, pois o relatório comprova os cuidados com que os mesmos foram elaborados;

É um registro formal das lições aprendidas, tanto em relação ao processo quanto aos resultados, que poderão ser aplicadas em futuros projetos;

Pode ser um instrumento de auxílio na captação de novos apoios e recursos para a organização, pois constitui um registro do rigor metodológico com que a ONG atua.

Conclui-se, por fim, que a avaliação é o mais importante instrumento de gerência de projetos de comunicação para a saúde - seja um simples folheto ou cartilha, seja uma grande campanha veiculada nos meios de comunicação de massa. A avaliação, contudo, não é uma atividade a ser desenvolvida no final do processo. Como se viu, assim como cada etapa do processo de planejamento ⇒ elaboração ⇒ produção ⇒ distribuição/difusão ⇒ uso dos materiais ou campanhas contribui para os efeitos alcançados, cada uma delas deve estar sujeita à avaliação. Só assim é possível ter a segurança necessária de que o produto final responderá, tanto quanto possível, às demandas e expectativas da audiência. O propósito final da avaliação é apreender lições para realizar avanços. E, sobretudo no pouco conhecido campo dos comportamentos, das práticas e atitudes sexuais, isso é fundamental.