

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE MEDICINA**



**Marketing Social em Saúde**

**A percepção dos jovens africanos e luso-africanos, residentes no Bairro Quinta da Fonte, sobre as acções de IEC (*Information, Education, Communication*), aplicadas na prevenção das infecções sexualmente transmitidas**

Maria João Garcia

**Mestrado em Comunicação em Saúde**

**2011**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE MEDICINA**



## **Marketing Social em Saúde**

**A percepção dos jovens africanos e luso-africanos, residentes no Bairro Quinta da Fonte, sobre as acções de IEC (*Information, Education, Communication*), aplicadas na prevenção das infecções sexualmente transmitidas**

Maria João Garcia

Dissertação orientada pela Professora Doutora Emília Valadas

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

**Mestrado em Comunicação em Saúde**

**2011**

A Impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 2 de Março de 2010.

## Resumo

O material *Information, Education, Communication* (IEC) faz parte do Marketing Social em Saúde, que é, cada vez, mais utilizado em campanhas e programas de Educação para a Saúde. O objectivo é informar, educar e comunicar com determinados públicos-alvo, utilizando materiais que vão ao encontro das suas necessidades, desejos e dificuldades. No presente trabalho investigámos a percepção dos jovens africanos e luso-africanos (14-30 anos) face aos materiais IEC utilizados nas campanhas contra as infeções sexualmente transmitidas (IST) no Bairro Quinta da Fonte (Apelação).

Concluiu-se que a percepção dos jovens face aos materiais IEC é positiva, contudo, é necessário defini-los com base numa estratégia de comunicação assente nos princípios do Marketing Social em Saúde e da Teoria *Behave Framework*.

Para realizarmos este trabalho contámos com a ajuda da ONG Médicos do Mundo que, no Bairro Quinta da Fonte (Apelação) tem o projecto “Saude Pa nos Bairro”.

**Palavras – chave:** Marketing Social em Saúde, infeções sexualmente transmitidas, *Information/Education/Communication*, Bairro Quinta da Fonte, Educação para a Saúde, Comunicação em Saúde, Teoria *Behave Framework*.

## Summary

Information, Education, Communication (IEC) are parts of Social Marketing in Health, which is more often used in campaigns and programmes for the Education in Health. The objective of these actions is to inform, to educate, and to communicate with youngsters, using materials according to their needs, preferences and difficulties.

The perception of the African and Luso-African individuals, from 14 to 30 years of age, was investigated, regarding IEC materials, which were used on campaigns against sexual transmitted infections at the Bairro Quinta da Fonte (Apelação).

It was possible to conclude that the perception of these individuals regarding the IEC materials is positive, which suggest that this approach may be the best in Education for Health. However, the creation of this kind of materials must be based in the principles of Health Social Marketing and Behave Framework Theory.

Through this project, we had the support of the NGO “Médicos do Mundo”, that hold the project “Saude Pa nos Bairro” at the Bairro Quinta da Fonte.

**Keywords:** Social Marketing Social in Health, sexual transmitted diseases, Information/Education/Communication, Bairro Quinta da Fonte, Education for Health, Health Communication, Behave Framework Theory.

## **Agradecimentos**

Há alguns anos que convivo com imigrantes, como voluntária, e não podia deixar de fazer um trabalho sobre esta temática. Sendo jornalista na área da Saúde há seis anos, nada melhor que juntar a problemática da imigração à da saúde.

Os meus agradecimentos vão para todos aqueles que me ajudaram, principalmente para todos os colaboradores da Médicos do Mundo que trabalham, sem horário, todos os dias, para o bem dos mais desfavorecidos e excluídos da sociedade. Agradeço de maneira muito especial à Rosa Pereira e ao Everton Dalmman, que trabalham na Médicos do Mundo, e que me abriram a porta para fazer este trabalho quando tudo parecia que iria desmoronar. Não podia, também, esquecer as pessoas do Bairro Quinta da Fonte que me ajudaram, assim como todos os que me deram apoio e me acompanharam com orações, relembrando sempre: "Deus é Pai! Vai em frente!"

Agradeço também à Professora Doutora Emília Valadas, minha orientadora e à Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que através do protocolo com a Merck Sharp&Dohme, financiou a presente dissertação, que era um sonho de há alguns anos.

# Índice

Lista de Abreviaturas	12
Lista de Figuras	13
Lista de Tabelas	14
Introdução	15
<b>Parte I. Enquadramento Teórico</b>	17
<b>Capítulo I - Conceptualização</b>	17
1. O Conceito de Saúde	17
1.1. Promoção em Saúde	20
1.2. Educação para a Saúde	22
1.3. Prevenção em Saúde	24
1.4. Iliteracia em Saúde	25
1.5. <i>Emporwement</i>	27
2. O conceito de Comunicação em Saúde	28
2.1. Obstáculos à Comunicação em Saúde	30
2.2. Comunicação em Saúde a nível comunitário	32
2.3 As grandes cidades e os guetos	33

<b>Capítulo II - A Imigração</b>	36
1. Imigração em Portugal	36
1.1 Os bairros de génese ilegal e os imigrantes	39
1.2 A Imigração e a Saúde	40
1.3 O papel das ONG	42
<b>Capítulo III - O Problema das IST</b>	44
1. Factos e Números sobre IST	44
1.1. As diferentes IST	47
<b>Capítulo IV - Marketing Social em Saúde</b>	60
1. Definição de Marketing Social em Saúde	60
1.1. A importância do Marketing Social em Saúde	61
1.2. Teoria <i>Behave Framework</i>	62
1.3. A teoria em prática	64
1.4. Materiais IEC	65
1.4.1. Como desenvolver material e acções IEC	67
1.4.2. Qual é o melhor material?	69
1.4.3. A importância do trabalho em conjunto	72
1.4.4. Princípios éticos	73
1.4.5. Avaliação e monitorização	74

<b>Parte II. O Bairro Quinta da Fonte e o projecto da Mdm</b>	75
<b>Capítulo I – Projecto “Saude Pa nos Bairro”</b>	75
1. Definição do projecto	75
1.1. Material IEC em campanhas contra as IST	76
1.2. Resultados do “Saude Pa nos Bairro” até Agosto de 2009	78
1.3. Outras campanhas decorridas no bairro	78
<b>Capítulo II – O Bairro Quinta da Fonte, Apelação</b>	79
1. Dados sócio-demográficos	79
1.1. Viver no Bairro Quinta da Fonte	81
1.2. Líderes locais	84
1.3. A visão dos habitantes do bairro	84
<b>Parte III. Estudo Empírico</b>	87
<b>Capítulo I - Enquadramento Metodológico</b>	87
1. Objecto de investigação	87
1.1. Tipo de estudo	87
2. Técnicas e instrumentos de recolha de dados	88
2.1. Entrevistas	89
2.2. Observação Directa	90
2.3. Grupo Focal	90

2.3.1. Aplicação do Grupo Focal no Bairro	94
2.3.2. Procedimentos éticos	96
2.3.3. Tratamento dos Dados	96
3. Limitações metodológicas	97
<b>Parte IV. Resultados e Discussão</b>	98
<b>Capítulo I – Análise e Discussão dos dados recolhidos</b>	98
1. Entrevistas	98
2. Observação Directa	102
3. Grupo Focal	104
<b>Parte V. Conclusões e Sugestões</b>	118
<b>Referências bibliográficas</b>	124
<b>Anexos</b>	130
Anexo 1. Entrevistas realizadas	131
Anexo 2. Fotos do Bairro e do Grupo Focal	138
Anexo 3. Panfleto utilizado para distribuir pelos jovens ou afixar nas paredes e estabelecimentos do bairro, a convidá-los a fazer parte do Grupo Focal	141
Anexo 4. Artigo de opinião na revista Exit da Dianova, na sequência da presente dissertação	142

Anexo 5. Comunicação Oral no III Congresso Nacional de Saúde Pública/ICongresso

Luso-Brasileiro de Educação para a Saúde, na sequência da presente dissertação 144

## **Lista de siglas e de abreviaturas**

**AED** – *Academy for Education Development*

**A.J.A** – Associação de Jovens da Apelação

**AMI** - Amnistia Internacional

**AML** - Área Metropolitana de Lisboa

**APF** – Associação para o Planeamento da Família

**CEPAC** - Centro Padre Alves Correia

**CLSL** – Contracto Local de Segurança de Loures

**DGS** – Direcção-Geral de Saúde

**EASAC** - *European Academics Science Advisory Council*

**ECDC** - *European Centre for Prevention and Control Disease*

**GARSE** -Gabinete de Assuntos Religiosos e Sociais Específicos

**HBSA** - *Health Behaviour in School Age*

**INSA** – Instituto Nacio

**IEC** –*Information, Education, Communication* nal de Saúde Dr. Ricardo Jorge

**IST** – Infecções Sexualmente Transmitidas

**ONG** – Organização Não-Governamental

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**PALOP** - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

**PER** – Plano Estratégico de Realojamento

**PNIIDSREV** - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com Estilos de Vida

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**SEF**- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

**SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**UNICEF** - *United Nations Children's Fun*

**VHB** – Vírus da Hepatite B

**VIH** – Vírus da imunodeficiência humana

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> A interligação entre os vários determinantes em saúde – Modelo Dalghren & Whitehead [Dalghren & Whitehead, 2006]	31
<b>Figura 2.</b> A imigração, em Portugal, por distrito, desde 1980 a 2008, segundo dados do SEF, em 2009	38
<b>Figura 3.</b> Imigração, em Portugal, por nacionalidade desde 1980 a 2008, segundo dados do SEF, em 2009	38
<b>Figura 4.</b> A imigração, em Portugal, segundo o sexo desde 1980 a 2008, segundo dados do SEF, em 2009	39
<b>Figura 5.</b> Distribuição por ano de notificação, ano de diagnóstico e casos com primeiro teste VIH positivo no ano em causa, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em 2010	53
<b>Figura 6.</b> Teoria <i>Behave Framework</i> , adaptada da Academy for Education Development, 2004	63
<b>Figura 7.</b> Exemplo da aplicação da Teoria <i>Behave Framework</i> , adaptada da Academy for Education Development, 2004	64
<b>Figura 8.</b> O ciclo da produção do material IEC, adaptado de Swann K. (2008)	67
<b>Figura 9.</b> Mapa da Apelação, Concelho de Loures [Caeiro, 2004]	80
<b>Figura 10.</b> Origem dos habitantes realojados no Bairro Quinta da Fonte [Caeiro, 2004]	83
<b>Figura 11.</b> Nacionalidade dos habitantes do Bairro Quinta da Fonte, [Caeiro, 2004]	83
<b>Figura 12.</b> Factores de insegurança na Apelação, segundo CLSL (2009)	85
<b>Figura 13.</b> Percepção de insegurança por parte da população, segundo CLSL (2009)	86
<b>Figura 14.</b> Exposição a situações violentas, segundo CLSL (2009)	86

## **Lista de Tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Evolução da Imigração em Portugal desde 1980 a 2008, segundo o SEF (2009)	37
<b>Tabela 2.</b> Idade da primeira relação sexual em Portugal: comparação entre nacionalidades, segundo o HBSA 2005/2006	46
<b>Tabela 3.</b> Jovens: estilos de vida e comportamentos desde 1980 a 2008, segundo o HBSA 2005/2006	47
<b>Tabela 4:</b> Distribuição dos casos de infecção por VIH/SIDA por grupo etário e género, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2010	54
<b>Tabela 5.</b> Casos de sífilis precoce notificados em Portugal entre 2003 e 2007, segundo a DGS, 2009	55
<b>Tabela 6.</b> Casos de gonorreia notificados em Portugal entre 2004 e 2008, segundo a DGS, 2009	56
<b>Tabela 7.</b> Casos de Hepatite B notificados entre 2004 e 2008, segundo a DGS, 2009	57
<b>Tabela 8.</b> Incidência e mortalidade por Cancro do Colo do Útero, por grupo etário, em Portugal [Costa, 2007]	58
<b>Tabela 9.</b> Parcerias do projecto “Saude Pa Nos Bairro”	76
<b>Tabela 10.</b> Evolução da população da Apelação entre 1862 e 2011 [Caeiro, 2004]	79
<b>Tabela 11.</b> Identificação e caracterização dos participantes na sessão do grupo focal	104
<b>Tabela 12.</b> Informação recolhida na sessão do grupo focal, realizado em 21 de Agosto de 2009, segundo as variáveis a serem utilizadas na análise de conteúdo	105

## **Introdução**

No presente trabalho investigámos a percepção dos jovens africanos e luso-africanos (14-30 anos) face aos materiais *Information, Education, Communication* (IEC) utilizados nas campanhas contra as infecções sexualmente transmitidas (IST) no Bairro Quinta da Fonte (Apelação).

Os materiais IEC têm sido utilizados em diversas campanhas de Educação para a Saúde, nomeadamente em acções de informação e formação que visam combater as IST, e podem ter diversos formatos, como panfletos, peças de teatro, vídeos, entre outros. “IEC combina, assim, estratégias, técnicas e métodos que permitem aos indivíduos, famílias, grupos, organizações e comunidades desempenhar um papel activo no alcance, protecção e sustentabilidade da sua própria saúde” [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2000].

Os jovens deste estudo têm sido alvo de várias campanhas, onde se utilizam este tipo de materiais e, pretendemos, assim, conhecer qual é a sua percepção face aos mesmos. Abordaremos, ainda, a importância do Marketing Social em Saúde na escolha dos materiais IEC, para que sejam elaborados de acordo com os diversos determinantes em saúde que influenciam, de alguma forma, a população-alvo. A Teoria *Behave Framework* também estará em destaque na presente investigação, tendo em conta a sua importância na definição dos determinantes em saúde e do seu impacto positivo e/ou negativo numa campanha de Educação para a Saúde [Applying Behave Framework, 2004].

O presente trabalho divide-se, assim, em cinco partes:

**Parte I** – Enquadramento teórico: Faremos um enquadramento de vários conceitos inerentes à pergunta de investigação, dos quais se destacam a Comunicação em Saúde, Marketing Social em Saúde, Teoria *Behave Framework*, Imigração e Saúde, Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) e IEC.

**Parte II** – Apresentação da amostra: Daremos a conhecer a população-alvo do estudo, o Bairro Quinta da Fonte e o projecto “Saude Pa nos Bairro” da organização não-governamental (ONG) “Médicos do Mundo”, a partir da qual iniciámos esta investigação.

**Parte III** – Enquadramento metodológico: Apresentam-se os objectivos do estudo, os métodos e as técnicas utilizadas.

**Parte IV** – Resultados e Discussão: Após a análise do material recolhido, serão apresentados os resultados desta dissertação de Mestrado, assim como a discussão dos mesmos.

**Parte V** – Serão apresentadas as conclusões, assim como algumas sugestões, que consideramos importantes no desenvolvimento de campanhas de Educação para a Saúde que incluam materiais IEC.

## Parte I. Enquadramento Teórico

### Capítulo I – Conceptualização

#### 1. O Conceito de Saúde

O conceito de saúde sofreu várias alterações ao longo dos séculos. Não apenas em termos técnicos, mas, também, conceptuais. Nas sociedades ocidentais, a saúde do Homem e os seus distúrbios foram encarados, puramente, de forma mágica e religiosa durante vários séculos. A doença devia-se aos actos do Homem ou resultavam de uma vingança dos Deuses; os curandeiros e os feiticeiros tinham o poder de curar os doentes.

No Oriente, desde sempre, se estabeleceu uma ligação directa entre saúde e equilíbrio do corpo, mente e espírito. Nos países onde predominava a religião Hindu e a chamada medicina ayurvédica tinha-se esta visão holística, que no Ocidente só surgiu, mais tarde, no século XX. De entre os Vedas (livros sagrados Hindus), o *Yajur Veda* refere-se especialmente a questões médicas, daí o nome utilizado, até hoje, de medicina ayurvédica. O Ayurveda descreve oito ramos (*chikits*): Medicina Interna ou *Shalyachikits*; Cirurgia/Anatomia ou *Kyachikits*; doenças do olho, ouvido, nariz, e garganta ou *Kaum*; Pediatria ou *Rabhritya*, Psiquiatria/demonologia ou *Bhtavidy*; Toxicologia ou *Agada Tantra*; ciência do rejuvenescimento ou *Rasyana*; e a ciência da fertilidade ou *Karana* [Enciclopédia Britânica, 2007].

Na Antiguidade, a China também desenvolveu sólidos conhecimentos na sua Medicina tradicional. Muitos dos princípios da filosofia da Medicina tradicional chinesa, derivados da filosofia do Taoísmo, reflectiam a clássica crença chinesa de que as experiências humanas individuais reflectem os princípios da causalidade e que regem o

ambiente em todas as escalas. Estes princípios causais, seja essência material ou espiritual, correspondem à expressão dos destinos decretados pelo céu (Tao).

Segundo Heródoto, os médicos Egípcios dominavam uma vasta Farmacopeia que incluía desde as medicinas de bolores e de excrementos até às das plantas medicinais, utilizadas ainda hoje, em todo o Mundo, como mirra, romã, linhaça, erva-doce, alho, rícino, alface, heléboro, papoila, entre muitas outras [Enciclopédia Britânica, 2007].

Na Grécia Antiga, a Medicina passou a ser considerada uma ciência. Nesse período que vai de cerca de 400 a.C. a 200 d.C., “houve uma investigação mais sistemática dos distúrbios orgânicos e, o que é mais importante, o conhecimento adquirido e as teorias elaboradas eram transmitidas a discípulos em escolas de Medicina” [Enciclopédia Digital, 2002]. A cura já não se baseava em actos divinos, mas na ciência que descobria formas de diagnosticar a doença e de a tratar. Entre 460 a.C. e 337 a.C., um dos primeiros defensores de que a saúde se devia a problemas naturais foi Hipócrates. No seu entender, a saúde seria “o estado natural do organismo, e, assim, a moderação e uma vida equilibrada eram essenciais para a manutenção desse mesmo estado” [Enciclopédia Digital, 2002].

Na Idade Média, a Medicina sofreu uma estagnação e, até, um retrocesso. O aparecimento de doenças voltou a ser atribuído à vontade divina ou ao castigo dos céus e o Homem deixou de ter um papel activo no sentido de evitar e tratar as enfermidades.

Com o Renascimento voltou-se a olhar a saúde do ponto de vista científico e a Medicina tornou-se, oficialmente, ciência, a partir do século XIX. A saúde era, assim, vista de um ponto de vista alopático, isto é, como o tratamento da doença dos pacientes através de substâncias apropriadas. A doença está assim no centro da saúde, ou seja o enfoque está

na patologia em si e não nos factores ambientais que possam condicioná-la de alguma forma [Moreira, 2007].

Esta visão alopática tem mudado desde que a OMS passou a definir saúde como não sendo “apenas a ausência de enfermidade, mas o completo bem-estar físico, mental e social” [Declaração de Alma-Ata, 1978]. Em vez da doença, quem está no centro é o doente, de um ponto de vista holístico, isto é, global. A saúde do indivíduo é vista como um todo, tendo em conta todos os factores internos e externos que possam influenciar positiva ou negativamente o seu bem-estar físico, mental e social [Moreira, 2007].

Para esta nova perspectiva contribuiu o Relatório Lalonde, da autoria do então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde. O relatório surgiu face à necessidade que havia de enfrentar os problemas financeiros que estavam a perturbar a saúde do país. Lalonde introduziu uma questão bastante pertinente quando se fala desta ciência: os determinantes em saúde. A saúde passa, então a ser vista do tal ponto de vista holístico, ou seja, incluindo questões biológicas (genética e funções humanas), ambientais (natural e social), estilos de vida (comportamento individual que afecta a saúde) e a própria organização dos serviços de saúde [Lalonde, 1974].

Esta nova concepção surtiu algumas críticas por se considerar que os comportamentos de saúde dos indivíduos são formados e ocorrem passando pelo fenómeno da culpabilização das vítimas. Na prática criticava-se o facto de se pretender, com a nova abordagem, culpabilizar certos grupos populacionais por problemas de saúde, cujas causas eram exteriores à sua própria vida. Causas essas que estavam, por vezes, relacionadas com falhas nos sistemas de saúde e social dos países [Robertson, 1998].

Actualmente a concepção de saúde baseia-se nas conclusões da Conferência de Alma-Ata, que, por sua vez, também foram influenciadas pelo Relatório Lalonde. “A saúde é um direito humano fundamental e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a acção de muitos outros sectores, como o social e o económico. A promoção e a protecção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo um direito e um dever dos povos participar, individual e colectivamente, no planeamento e na execução de serviços de cuidados de saúde” [Declaração de Alma-Ata, 1978].

### **1.1. Promoção em Saúde**

E, de facto, uma das mudanças que ocorreram com a nova definição de saúde foi a importância que se passou a dar à promoção da saúde, mais especificamente a uma das suas componentes: Educação para a Saúde. Através desta componente começou a dar-se um certo enfoque à prevenção em saúde, isto é, à tentativa de se evitar a doença. Não basta controlar uma enfermidade, é preciso evitá-la. Como referem Leavell & Clarck, “a promoção da saúde não se destina à adopção de medidas para determinada doença ou desordem, mas serve para aumentar a saúde e o bem-estar geral” [Leavell & Clarck, 1965].

A partir dos anos 70 do século passado, a promoção em saúde desponta como uma nova concepção da saúde em vários debates internacionais. Esse facto está directamente ligado a um amplo debate realizado em várias partes do mundo, nos anos 60, sobre “a determinação social e económica da saúde e a busca de uma nova concepção que não estivesse centrada, somente, na doença” [Marks & Worboys, 1997]. Para a nova

concepção contribuiu, de forma significativa, a abertura da China nacionalista ao exterior, com a expedição de duas missões de observação de especialistas ocidentais, promovidas pela OMS e sob a liderança de Halfdan Mahler [Marks & Worboys, 1997]. O movimento do Canadá, desenvolvido após o Relatório de Lalonde, teve também um papel preponderante na nova concepção de saúde. Aliás, este relatório ainda hoje é considerado essencial, pois foi decisivo para o desenvolvimento de políticas e de medidas de saúde, na maioria dos países.

Promoção em Saúde define-se, assim, como o processo que capacita os indivíduos para terem um maior controlo sobre a sua saúde, o que implica a disseminação de estilos de vida saudáveis, evitando-se comprometer o bem-estar. Para isso recorre-se à Educação em Saúde, Prevenção e Protecção [Downie *et al*, 1990]. Na Conferência de Alma-Ata, com especial enfoque na protecção e promoção da saúde, a Declaração V referia:

*“os governos têm obrigação de cuidar da saúde dos seus povos, obrigação que só podem cumprir mediante a opção de medidas sanitárias e sociais adequadas... Que todos os povos do mundo atinjam, no ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”.*

As autoridades de saúde e outras entidades do sector, como as Organizações Não Governamentais (ONG), têm cada vez mais projectos de promoção em saúde, nomeadamente destinados aos jovens – a fim de evitar certas doenças provocadas por hábitos incorrectos que se adquirem ao longo dos anos –, para além dos destinados aos grupos de indivíduos que estão mais predispostos a comportamentos de risco [Moreira, 2007]. É também uma forma de evitar a exclusão social e de haver uma maior equidade no acesso à saúde [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010].

## 1.2. Educação para a Saúde

Este trabalho vai focar-se na Educação para a Saúde, que é “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar e declarando, ainda, que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações, a satisfazer necessidades e a modificar ou a adaptarem-se ao meio» [Declaração Alma-Ata, 1978].

A Educação para a Saúde é, assim, “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e com a doença, produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Este tipo de intervenção em saúde poderá, também, influenciar ou clarificar valores, assim como proporcionar mudança de convicções e de atitudes, facilitar a aquisição de competências e conduzir à mudança de comportamentos e estilos de vida” [Tones & Tilford, 1994]. Uma outra definição é a da Carta de Ottawa, 1986, que aponta para a necessidade de nos centrarmos no “processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde (e seus determinantes, sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais)”. A própria OMS, na conferência “Saúde para todos no ano 2000”, na Meta 15, já defendia:

*“... Até 1990 todos os Estados-Membros deveriam ter Programas de Educação para a Saúde com a finalidade de dar à população os conhecimentos, as capacidades e as motivações necessárias para a preservação da sua saúde...”* [Declaração de Alma-Ata, 1978]

Educar em Saúde é uma das componentes essenciais da Promoção em Saúde, sendo um dos seus instrumentos [OMS, 2006]. É preciso educar os indivíduos para que alterem

comportamentos que favoreçam o seu bem-estar físico, mental e social e evitem determinadas doenças. Com esta perspectiva holística da saúde e, com a atenção a incidir na prevenção da doença, é essencial saber comunicar em saúde [OMS, 2006]. Sem uma boa comunicação dificilmente se conseguirá transmitir mensagens que aumentem os conhecimentos da população sobre determinados riscos e doenças, para que estas populações possam ter capacidades e conhecimentos sobre a melhor forma de cuidarem do seu bem-estar físico, mental e social. Por outras palavras, o objectivo é dar o *empowerment* às populações sobre a sua saúde [Muturi, 2005], responsabilizando-as pelos seus actos face a si próprias e aos outros.

As opiniões do educador e filósofo Brasileiro, Paulo Freire, são consideradas essenciais, por vários investigadores na área da saúde, por considerar importante o envolvimento da população nas acções de Educação para a Saúde. Paulo Freire considera estas acções como sendo essenciais no envolvimento da população-alvo. “A Educação tem sentido, porque mulheres e homens aprenderam que é aprendendo que se fazem e se refazem, porque mulheres e homens se puderam assumir como seres capazes de saber, de saber que sabem, de saber que não sabem” [Freire, 2000].

O autor vê a Educação como uma proposta pedagógica e libertadora. “Pedagógica porque estabelece a Educação como o processo possível à partilha do conhecimento vivenciado com o mundo e do mundo entre os Homens, não só pela troca objectiva de conhecer o cognoscível, mas pela transcendência que este conhecer permite. Libertadora porque conhecer o cognoscível implica também uma consciência crítica deste. Na medida em que os Homens criticam, libertam-se na transformação e construção de si mesmos no mundo” [Freire, 2000]. Logo, esta componente da Educação para a Saúde deve “estar direccionada para o colectivo de indivíduos e ambiente, através de políticas

públicas que proporcionem o desenvolvimento da saúde e reforço da capacidade do ser humano e da comunidade [Freire, 2000].

### **1.3. Prevenção em Saúde**

A Prevenção em Saúde, perante o novo paradigma da saúde (sentido holístico) teve também, obrigatoriamente, repercussões na forma como se podem prevenir as enfermidades. O objectivo já não se cinge, apenas, em evitar a doença, mas também à importância de se ter um estilo de vida saudável, onde impere o bem-estar, sem grandes preocupações face à doença. Esta nova abordagem não é uma tarefa fácil, mas começa pelo conhecimento da realidade do indivíduo ou do público com o qual se pretende desenvolver um programa de prevenção.

Logo, a Prevenção em Saúde, para ter um resultado positivo, implica, obrigatoriamente, o conhecimento da população, suas crenças, anseios, preocupações, estilos de vida e opiniões. “Só assim nos será possível iniciar algum trabalho que seja aceite e realmente incorporado dentro de suas experiências subjectivas (pensamentos, decisões) e concretas (acções, posturas, comportamentos)” [Shiavo, 2007]. Desta forma vamos ao encontro da definição de saúde da OMS que implica, não apenas a ausência de enfermidade, mas a busca, antes de tudo, da qualidade de vida física, mental e social [Declaração de Alma-Ata, 1978].

Os sistemas de saúde de vários países têm, actualmente, nos seus programas nacionais planos para a área da prevenção. Portugal não é excepção. O PNS 2004-2010 refere a importância de se apostar na Medicina Preventiva. Os Serviços de Saúde Pública, em Portugal, incluem, assim, a vigilância do estado de saúde e a identificação dos seus determinantes, a promoção da saúde e a prevenção da doença [Almeida, 2007]. Fica a

ganhar a saúde de cada indivíduo, a população no geral e a economia do país. A Prevenção em Saúde tem trazido grandes ganhos em termos de saúde e de esperança de vida e, para além dos benefícios individuais e populacionais, é mais barato investir em prevenção do que na cura [Russel, 1993].

Numa época em que se fala tanto na necessidade de se conter a despesa, é importante avaliar os investimentos que se fazem em saúde e perceber se estamos a investir mais em prevenção ou na cura de doenças que podem ser evitadas [Russel, 1993].

#### **1.4. Iliteracia em Saúde**

Mas, em todo este processo de se recorrer à Educação para a Saúde, a fim de se promover estilos de vida saudáveis e prevenir doenças, há um problema que não pode ser esquecido. Referimo-nos à iliteracia em saúde. «Desde os anos 80, que os países mais desenvolvidos se renderam a uma nova evidência: muitos adultos, apesar de vários anos de escolarização, não dominam a leitura, a escrita e o cálculo, demonstrando sérias dificuldades em utilizar na vida quotidiana material em diferentes suportes» [Silva *et al*, 2006].

Num mundo em que a informação e o conhecimento estão a constituir-se como factores determinantes da vida social, a capacidade de usar informação escrita de forma generalizada, tornou-se crucial. A área da saúde não é excepção. Se não entendemos o que nos dizem, dificilmente vamos mudar o nosso estilo de vida e adoptar atitudes e comportamentos que previnam a doença. Quando se faz Prevenção em Saúde não podemos esquecer este problema. Podemos ter óptimos discursos ou material informativo muito atractivo, mas, se as pessoas não entendem a mensagem que se lhes passa, não vai haver mudanças [Silva *et al*, 2006].

A literacia em saúde pode ser assim definida como “as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade para os indivíduos terem acesso, entenderem e usarem a informação de maneira que promovam e mantenham uma boa saúde. Significa mais do que ter a capacidade para ler panfletos e fazer apontamentos de forma simples e implica a optimização do acesso da população à informação em saúde e à capacidade para a usarem [*Global Conference on Health Promotion*, 2009].

Tendo em conta esta definição, a literacia em saúde “tem como fim, não apenas influenciar as decisões individuais, mas também alcançar a compreensão dos determinantes em saúde e encorajar os indivíduos e as acções colectivas que podem levar à modificação dos determinantes” [*Global Conference on Health Promotion*, 2009]. Face a esta perspectiva, a Educação para a Saúde deverá ser atingida através de métodos que vão para além da informação difundida e deverá requerer uma maior interacção, participação e análise crítica, que, *a posteriori*, leve à mudança de comportamentos [*Global Conference on Health Promotion*, 2009].

Os factores que influenciam e/ou causam a iliteracia são vários. A literacia familiar é um factor importantíssimo, assim como a grande escassez de recursos escolares existente nos quadros de socialização familiar da esmagadora maioria da população e os contextos domésticos empobrecidos em livros e outros materiais escritos [*Silva et al*, 2006]. Logo, a baixa literacia em saúde dificulta a compreensão de qual é o estado de saúde e quais são as necessidades de mudança de comportamentos, planos de tratamentos e de autocuidados, que podem estar relacionados com a literacia geral baixa, nível de conhecimentos baixos sobre saúde ou inibição resultante do embaraço e medo do ridículo [*Carvalho & Gastaldo*, 2008].

A optimização da literacia em saúde faz parte dos objectivos de comunicação do *Healthy People 2010*, do *US Department of Health and Human Services*, articulados com os objectivos do relatório *Communicating Health: Priorities and Strategies for Progress* [Hornik, 2002]. Já se começa, assim, a ter em conta esta questão importante que acaba por ser um determinante de saúde [Dalghren & Whitehead, 2006]. Portugal ainda não realizou um estudo científico exaustivo sobre esta problemática, mas vários estados a nível internacional continuam a alertar para o facto de que as mensagens de saúde excedem a média das capacidades da população [Hornik, 2002].

Na Comunicação em Saúde é necessário ter em conta o grau de capacidade dos indivíduos para obterem, processarem e compreenderem informação básica de saúde, a fim de os levar a tomar decisões saudáveis [Healthy People 2010, 2002].

### **1.5. Empowerment**

A tomada de decisões é essencial na vida de qualquer ser humano, nomeadamente no que diz respeito à sua saúde. Mas, para isso, é necessário capacitar os indivíduos e dar-lhes *empowerment*. Mas, afinal, o que é o *empowerment*? Trata-se de um processo de capacitação que envolve as pessoas e o “que ajuda os homens e as mulheres a ajudarem-se. Fazê-los agentes de sua própria recuperação e pô-los numa postura conscientemente crítica diante dos seus problemas” [Freire, 1994].

A partilha de informação e ideias é fulcral neste processo de *empowerment*, já que o ser humano sente necessidade de ser activo e participativo nas decisões que dizem respeito à sua própria vida. “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na acção-reflexão. Assim, a palavra não é dizer sozinho ou dizer para outros ... Mas é o diálogo ... O encontro dos homens, mediatizados pelo mundo ...” [Freire, 1994].

Está-se, assim, perante um processo e não uma única acção em determinado tempo e espaço. Não se capacita as pessoas com uma única intervenção, mas ao longo de um certo percurso que vai ao encontro dos diferentes determinantes em saúde. Trata-se de um “processo contínuo que oferece uma percepção na maneira pela qual as pessoas são capacitadas e, que, gradualmente, se vai maximizando o seu potencial de progredir da acção individual para a colectiva, promovendo mudanças sociais e políticas” [Wallerstein & Duran, 2006]. A participação dos indivíduos na melhoria da sua saúde é, aliás, um dos pontos focados na Carta de Ottawa (1986). Outras declarações da OMS também focam a importância de se apostar na participação dos indivíduos na sua saúde, nomeadamente as de Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e de Jacarta (1997).

## **2. O Conceito de Comunicação em Saúde**

Mas o que é a Comunicação em Saúde? Há várias definições que devem ser tidas em conta. Comunicar em Saúde envolve o trabalho dos profissionais de saúde, mas também os da área da comunicação, para além de sociólogos, assistentes sociais, demógrafos, entre outros. Perante a multidisciplinaridade desta área do conhecimento, os cientistas sociais têm alguma dificuldade em encontrar uma definição da mesma, o que leva a que, muitas vezes, pareçam diferentes [Shiavo, 2007].

No entanto, é importante compreender qual é o verdadeiro sentido e estabelecer o contexto certo para a sua implementação. Renata Shiavo, uma das comunicadoras em saúde que mais se destaca a nível mundial, considera que se trata de um “processo multidisciplinar que tem como objectivo alcançar diferentes audiências e partilhar informações relacionadas com a saúde, de modo a influenciar, envolver, e ajudar os indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos específicos, políticas de saúde e

o público em geral. E todos juntos ganhar, introduzir, adoptar ou sustentar comportamentos, práticas ou políticas que irão melhorar os resultados em saúde” [Shiavo, 2007].

A mesma investigadora vê a Comunicação em Saúde como uma forma de incentivar à mudança de comportamentos e à mudança social, já que leva a um envolvimento da população-alvo [Shiavo, 2007]. Em Comunicação em Saúde desenvolvem-se e difundem-se mudanças, isto é, transmitem-se “mensagens para audiências específicas com o objectivo de influenciar o seu conhecimento, atitudes e crenças de modo a adoptarem estilos de vida saudáveis” [Shiavo, 2007].

Não é fácil comunicar em saúde, apesar de se poder usar canais multifacetados, como panfletos, palestras, *workshops*, *role-playing* (como é o caso de peças de teatro), a comunicação social, entre outros. Os profissionais que trabalham na área devem ter em conta que se trata de um processo orientado para persuadir, envolver e criar consenso e sentimentos de pertença entre as audiências. [Shiavo, 2007]. “Apesar de o objectivo último ser a influência de comportamentos e de normas sociais, há uma ênfase renovada na importância de estabelecer objectivos comportamentais e sociais logo no desenho inicial das intervenções em Comunicação em Saúde” [Shiavo, 2007].

Apesar de, ainda, haver resistências a nível da aceitação da importância da comunicação nesta área, a maioria das organizações do sector e dos seus líderes reconhecem, agora, a importância da Comunicação em Saúde, que pode ter um papel importante nos resultados e no estado de saúde geral e de grupos populacionais específicos [Shiavo, 2007]. A *Healthy People 2010* também reconhece o seu papel fundamental, reconhecendo que contribui para o aumento da qualidade de vida e da saúde dos indivíduos de uma dada comunidade. Os profissionais de comunicação podem e devem

ter, cada vez mais, um papel nesta ciência, trabalhando com outros profissionais ligados ao sector [Shiavo, 2007].

## **2.1. Obstáculos à comunicação em Saúde**

Como já foi referido, em Comunicação em Saúde desenvolvem-se e difundem-se mudanças através de “mensagens para audiências específicas com o objectivo de influenciar o seu conhecimento, atitudes e crenças de modo a adoptarem estilos de vida saudáveis” [Shiavo, 2007]. Ao comunicarmos em saúde devemos ter um bom conhecimento da população-alvo. Se, no caso das campanhas de *mass media* não é fácil ter esse conhecimento, a nível local conseguem-se mais detalhes.

Lidar com os principais determinantes em saúde assume um grande potencial para reduzir o peso da doença e promover a saúde da população em geral [Moreira, 2007]. Estes são os vários factores, defendidos pela União Europeia, e que se baseiam na teoria holística da saúde [Moreira, 2007]:

- Comportamento pessoal e estilos de vida;
- Influências na comunidade que podem manter ou prejudicar a saúde;
- Condições de vida e de trabalho e acesso a serviços de saúde;
- Condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais.

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (PNIIDSREV) considera que “os factores determinantes da saúde decorrem de factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e de factores ambientais, económicos, sociais e culturais. De acordo com o mesmo programa têm sido implementados, a nível nacional e europeu, redes e programas

focalizados em ambientes específicos, com particular destaque para as escolas, os locais de trabalho e as cidades, e predominantemente orientados para a capacitação das pessoas para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde [PNIIDSREV, 2004].

Quando se fala em determinantes em saúde é essencial ter-se em conta o modelo de Dahlgren e Whitehead [Dahlgren & Whitehead, 2006], que demonstra os vários determinantes e a ligação entre os mesmos (figura 1), a fim de se entender as suas repercussões a nível da saúde.



**Figura 1.** A interligação entre os vários determinantes em saúde – Modelo Dahlgren & Whitehead [Dahlgren & Whitehead, 2006].

Neste modelo (figura 1) estamos perante uma teoria social de saúde ecológica, que estabelece a ligação entre os factores individuais, ambientais e patológicos. No centro encontram-se os indivíduos, que têm determinadas características biológicas e genéticas,

que são imutáveis desde a concepção até à morte. À sua volta existem factores que influenciam a saúde e que dependem dos comportamentos e estilos de vida. Subjacente estão os factores sociais e comunitários e, por fim, os estruturais, como as condições habitacionais, o tipo de emprego, o acesso a serviços e a bens essenciais à vida. [Dahlgren & Witehead, 2006]

## **2.2. Comunicação em Saúde a nível comunitário**

A questão da comunidade é importante. Ao comunicarmos em saúde é necessário envolver o indivíduo mas, também, a comunidade. Por outras palavras, “há um movimento *bottom-up* e participativo, usando múltiplos canais de comunicação, envolvendo a comunidade, nomeadamente os líderes, para que haja aquisição de conhecimento mas, também, mudança de comportamentos” [Shiavo, 2007].

Para se mobilizar a comunidade é necessário ganhar a confiança da mesma. O próprio PNS 2004-2010 vê a participação da sociedade civil na optimização da saúde como «indispensável». A própria Lei nº 44/2005 de 29 de Agosto prevê a participação destas organizações na elaboração e acompanhamento de estratégias, planos e programas nacionais [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010]. O PNS prevê, mesmo, que “é forçoso que se estabeleçam parcerias e protocolos entre entidades dos sectores público, privado e social para a prossecução dos objectivos do PNS” [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010].

O programa do Ministério da Saúde prevê, ainda, num projecto com a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a organização de Estratégias Locais de Saúde que enquadrem as actividades dos Serviços de Saúde e parceiros sociais, nomeadamente ao nível da participação dos cidadãos, da promoção em saúde e da

prevenção da doença [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010]. O próprio Tratado de Amsterdão (1997) identifica a necessidade de haver mais acções que “otimizem a saúde pública”, assim como, actividades para prevenir os problemas de saúde e reduzir os riscos [Ferrinho *et al*, 2008].

Algo essencial, em toda esta temática, é o envolvimento de equipas interdisciplinares, para que haja um conhecimento global dos vários determinantes em saúde, que estão em causa na comunicação em Educação para a Saúde. “O profissional deve possuir uma visão globalizante e crítica sobre as necessidades de saúde da clientela e, sobretudo, estar envolvido com o sujeito, grupos e comunidade. Como os profissionais de saúde trabalham em equipa, ressalta-se a interdisciplinariedade, ao lidar com factores ligados aos clientes que determinam o seu estado de saúde, ambiente, biologia humana, estilo de vida e a própria organização dos Serviços de Saúde. Com isso, entende-se que a Educação para a Saúde e a Promoção em Saúde caminham juntas, gerando as possibilidades que o cliente gerencie as informações, se consciencialize e tome providências tendo em vista a qualidade de vida” [Silva *et al*, 2006].

Para além desta vertente mais individualista, é, também, crucial ter em conta a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos Serviços de Saúde e o fortalecimento de acções comunitárias.

### **2.3 As grandes cidades e os guetos**

A intervenção local é fulcral e tem incidido bastante em comunidades urbanas, alvo de exclusão social, auto-exclusão e violência. Mas há algumas características que devem ser tidas em conta quando falamos de intervenção a nível local [Hancock & Minkler,

2004], independentemente da comunidade em que nos estamos a focar, segundo a União Europeia [Moreira, 2007]:

- Uma visão a longo prazo das acções a serem tomadas;
- Compromisso político com as organizações que estão no terreno;
- Envolvimento de vários actores, como os Serviços de Saúde, os municípios, as associações, as ONG, entre outros;
- Boas relações com a população local;
- Ter em conta os determinantes de saúde;
- Estratégias de acção multifacetadas face à complexidade de qualquer comunidade;
- As entidades promotoras da saúde devem ser credíveis;
- É necessário encontrar soluções e não optar por uma via de confrontação;
- Existência de uma política de saúde local;
- A saúde deve ter em conta também outros aspectos que devem ser mudados, como injustiças sociais e a deterioração ambiental.

Todos estes aspectos são importantes e não podem ser descurados quando se pensa intervir a nível local, nomeadamente, junto de comunidades problemáticas, onde impera a insegurança. A Comunicação em Saúde nestas comunidades deve envolver, inevitavelmente, líderes locais. A participação da comunidade, através da influência destes líderes, é fundamental para se ter sucesso na iniciativa e para se ganhar a confiança local [Thompson, 2003]. Não esqueçamos que, em muitos casos, a população só confia nos profissionais que estão no terreno [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010]. E

as ONG têm, de facto, um papel crucial e conseguem chegar junto das populações mais carenciadas e mais afastadas do sistema de saúde, como acontece em bairros de génese ilegal.

## **Capítulo II. A Imigração**

### **1. Imigração em Portugal**

Até à década de 60 do século passado, Portugal foi um país de índole, predominantemente, emigratória. Devido à saída de cidadãos nacionais, nomeadamente, com destino à Europa e às, então, províncias ultramarinas, os fluxos migratórios, em Portugal, registavam um saldo negativo.

Esta realidade alterou-se, profundamente, com a revolução de 25 de Abril de 1974 e com a subsequente independência dos actuais países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). Assiste-se, então, ao regresso de cidadãos daqueles territórios.

No início da década de 80 gera-se um aumento exponencial do número de estrangeiros residentes em Portugal, “devendo assinalar-se que muitos dos cidadãos agora com estatuto de «estrangeiro», tinham sido, anteriormente, cidadãos portugueses. O caso mais significativo ocorreu com a comunidade cabo-verdiana residente, a qual, aliás, continua a ocupar uma posição de destaque entre as comunidades estrangeiras em Portugal” [Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2009].

Os anos 90 caracterizam-se pela consolidação e crescimento da população estrangeira residente, com destaque para as comunidades oriundas de PALOP e do Brasil. No início do novo século surgem os fluxos migratórios do Leste Europeu, nomeadamente da Ucrânia, e assiste-se ao crescimento da comunidade estrangeira residente no país, particularmente, Brasileiros [Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2009].

O anterior Alto-Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas, Rui Marques, chegou a dizer que “desde os anos 90, tem sido necessário adequar as nossas atitudes e flexibilizar

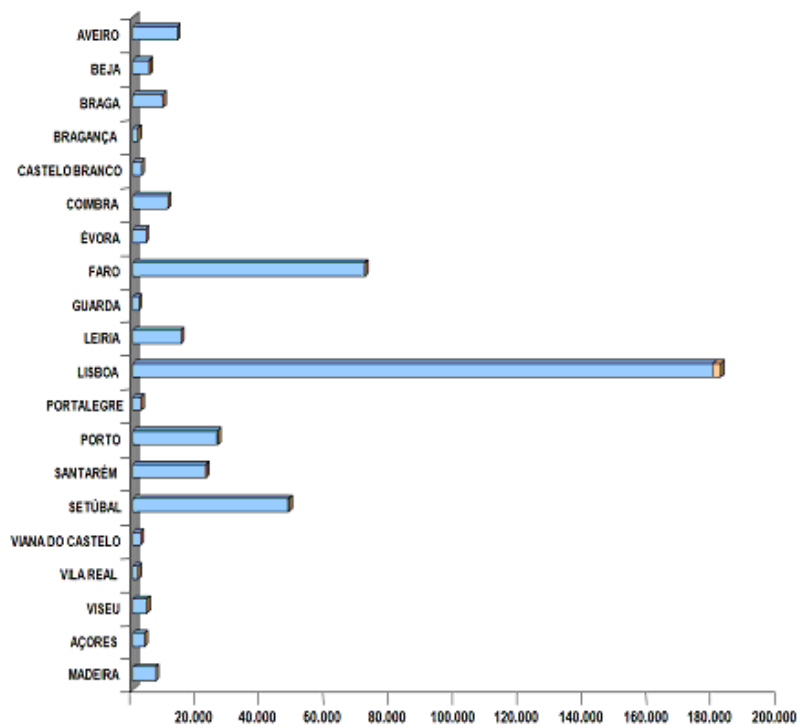
as nossas «regras» para receber, nos Serviços de Saúde, uma população que desafia diariamente as nossas capacidades, com novas culturas, dificuldades na língua e, por isso, na comunicação, mas com as mesmas necessidades em saúde, tanto na área da prevenção como naturalmente na área curativa” [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010]. De acordo com o relatório do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), o crescimento da imigração em Portugal entre 1980 e 2008 tem diminuído (tabela 1).

**Tabela 1.** Evolução da imigração em Portugal desde 1980 a 2008, segundo o SEF (2009).

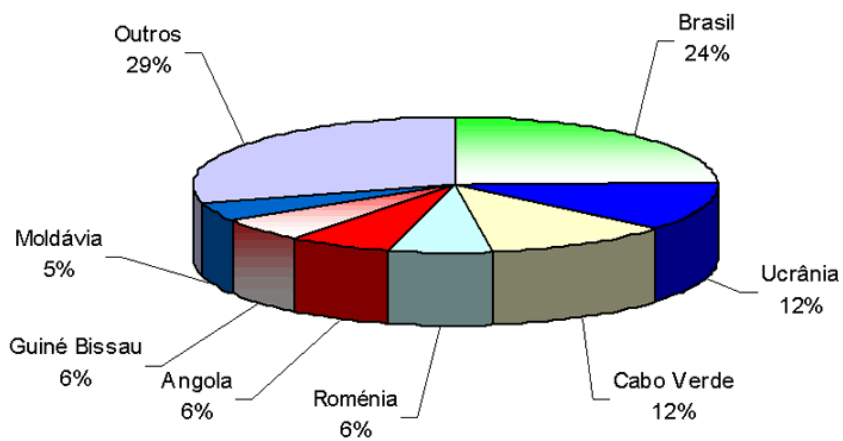
ANO	RESIDENTES	AUTORIZAÇÕES DE PERMANÊNCIA E PRORROGAÇÕES DE AUTORIZAÇÕES DE PERMANÊNCIA (2005 -2008)	PRORROGAÇÕES DE VISTOS DE LONGA DURAÇÃO (2005 / 2008)	TOTAL POPULAÇÃO ESTRANGEIRA	CRESCIMENTO (%)
1980	50.760				
1981	54.414			54.414	
1982	58.674			58.674	7.82
1983	67.484			67.484	15,01
1984	73.365			73.365	8,71
1985	79.594			79.594	8,49
1986	86.982			86.982	9,25
1987	89.778			89.778	3,21
1988	94.694			94.694	5,47
1989	101.011			101.011	6,67
1990	107.767			107.767	6,65
1991	113.978			113.978	5,76
1992	123.612			123.612	8,45
1993	136.932			136.932	10,77
1994	157.073			157.073	14,70
1995	168.316			168.316	7,15
1996	172.912			172.912	2,73
1997	176.263			176.263	1,95
1998	178.137			178.137	1,03
1999	191.143			191.143	7,30
2000	207.587			207.607	8,61
2001	223.997	126.901		350.898	69,02
2002	238.929	174.568		413.487	17,84
2003	249.995	183.665		433.650	4,87
2004	263.322	192.923		447.155	3,11
2005	274.631	93.391	46.637	414.659	-7,27
2006	332.137	32.661	55.391	420.189	1,33
2007	401.612	5.741	26.383	435.736	3,70
2008 *	436.020		4.257	440.277	1,04

\* Dados provisórios

Em termos de distribuição geográfica, Lisboa lidera na zona do país que recebe mais imigrantes (figura 2). Em termos de nacionalidade, os Brasileiros são os que constituem o maior grupo, seguindo-se os originários de países africanos (figura 3).

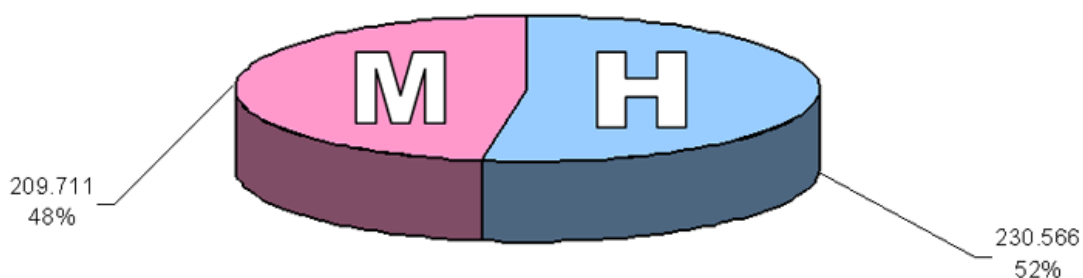


**Figura 2.** A imigração em Portugal, por distrito, desde 1980 a 2008, segundo o SEF (2009).



**Figura 3.** Imigração, em Portugal, por nacionalidade, desde 1980 a 2008, segundo o SEF (2009).

Até há alguns anos, a maioria dos imigrantes, em Portugal, eram do género masculino. No entanto, apesar de, ainda, se verificar um maior número de homens (figura 4), tem-se registado um aumento, progressivo, do número de mulheres.



**Figura 4.** A imigração, em Portugal, segundo o género desde 1980 a 2008, segundo o SEF (2009).

### 1.1. Os bairros de génese ilegal e os imigrantes

Existem inúmeros factores que levam à inserção social dos indivíduos ou das famílias em bairros de barracas e em bairros sociais, designados, nos últimos tempos, como bairros de génese ilegal. O acesso a uma habitação não é igual para todos os indivíduos, assim como o acesso a qualquer bem ou serviço, apesar de ser um direito constitucional. As minorias étnicas e a população imigrante, enquanto grupos de maior fragilidade social [Fonseca & Taborda, 2002], enfrentam grandes dificuldades na procura de uma habitação no meio urbano.

Desde cedo que a chegada de imigrantes e migrantes nacionais às grandes cidades levou ao surgimento de bairros de lata, ainda visíveis na periferia imediata de Lisboa. A “tendência central é a de uma concentração em «ilhas», situadas nas zonas mais

degradadas de Lisboa e/ou nos concelhos adjacentes, como Loures, Oeiras, Amadora, Almada e Seixal” [Caeiro, 2004].

A existência de solo disponível e a chegada de um elevado número de pessoas foram dois factores que contribuíram para a construção de barracas, com condições de habitabilidade muito baixas, sem electricidade, saneamento, abastecimento de água, transportes públicos, ou fácil acesso à cidade de Lisboa. “Nestas condições, a inserção social e espacial dos habitantes destes bairros ficou, seriamente, restringida” [Caeiro, 2004].

De acordo com o Censos de 2001, 52.854 habitantes da Área Metropolitana de Lisboa (AML) viviam em alojamentos familiares não regulares, 41.829 dos quais em barracas. Os alojamentos não convencionais estavam, principalmente, concentrados na AML. Entretanto, com a criação do Plano Estratégico de Reabilitação (PER), as famílias dos bairros de barracas passaram a ser realojadas em bairros sociais, onde nem sempre há a melhor convivência entre etnias diferentes.

## **1.2. A Imigração e a Saúde**

A grande maioria dos imigrantes chega a Portugal sem problemas de saúde. No entanto, face às mudanças ambientais e à instabilidade que vivem, podem adoecer ou, devido à pressão psicológica, acabam por adoptar comportamentos de risco [Moreira, 2007]. Na verdade, as pessoas que imigram são, em média, mais saudáveis do que a população do país de origem e, frequentemente, o estado de saúde é melhor que o das populações do país de acolhimento. Como referiu o Ministério da Saúde nas actas da conferência de Évora, “esta constatação vai contra a percepção dos países de destino, que vêem os imigrantes como um importante factor de risco na introdução de doenças que afectarão a

saúde global da população” [Actas da Conferência de Évora - Determinantes da Saúde na União Europeia, 2000].

As sociedades sentem, assim, necessidade de responder a novos e complexos desafios, segundo a União Europeia [Moreira, 2007]:

- Novas doenças;
- Maior incidência das doenças transmissíveis;
- Novas solicitações de cuidados de saúde;
- Diferenças culturais e linguísticas para os prestadores de serviços;
- Preocupação de evitar – e a necessidade de combater – a discriminação com base na etnia, na língua e na religião.

Ainda, de acordo com as actas da Conferência de Évora, o Ministério da Saúde reconhece “... que os padrões de saúde e de doença dos imigrantes são diferentes dos da população de acolhimento e podem, em determinadas ocasiões, reproduzir os padrões do país de origem (...); a investigação actualmente desenvolvida, mostra-se incapaz de identificar os possíveis determinantes demográficos, sociais, culturais, económicos e genéticos destas diferenças. Apesar disto, os dados parecem apontar para grandes necessidades associadas a doenças cardiovasculares, saúde infantil, doenças infecciosas, saúde mental e acidentes” [Actas da Conferência de Évora - Determinantes da Saúde na União Europeia, 2000].

Os imigrantes que fazem parte de grupos minoritários são, frequentemente, alvo de exclusão social, nomeadamente em bairros sociais [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010], o que tem repercussões a nível da sua saúde. Face ao problema dos

comportamentos de risco inerentes à imigração, o Coordenador do Programa Nacional de Luta Contra o VIH/Sida, Henrique Barros, tem alertado para a necessidade de haver mais instrumentos que melhorem a prevenção desta infecção sexualmente transmissível, assim como o seu tratamento. O coordenador relembra, ainda, a necessidade de haver estudos acerca da percepção dos imigrantes sobre o seu estado de saúde [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010].

Ainda, no âmbito da saúde e das migrações, no decorrer da Presidência da União Europeia, Robin Weiss, da *European Academics Science Advisory Council* (EASAC) alertou, em 1997, para a necessidade de se ter em atenção certos desafios-chave, para que as IST não sejam um problema grave para as populações. Estes são os desafios assinalados por Robin Weiss, Professor na Universidade de Londres [Fórum Nacional de Saúde – Implementação do PNS, 2007]:

- Optimizar a avaliação e a troca de informação dos rastreios;
- Facilitar o acesso aos cuidados de saúde, dando especial atenção ao papel dos Cuidados de Saúde Primários;
- Desenvolver sistemas de informação e de comunicação que melhorem a ajuda entre os doentes e os profissionais de saúde;
- Co-organizar estratégias de rastreio e de acompanhamento dos grupos de risco;

### **1.3. O papel das ONG**

Em Portugal, as acções de Educação para a Saúde costumam ser desenvolvidas pelas ONG em parceria com as autoridades de saúde locais e, inclusive, autarquias. Desta

forma, tenta-se chegar às populações imigrantes ou não, que sejam mais desfavorecidas e alvo de exclusão social.

Esta tendência tem aumentado desde os anos 80 e 90 do século passado. As ONG, fazendo parte da sociedade civil, passaram a ter um papel-chave na saúde das populações, nomeadamente das que vivem em bairros onde impera a exclusão social. As próprias populações costumam confiar mais nas ONG do que nas restantes organizações. No caso da saúde, as equipas são constituídas, habitualmente, por médicos, enfermeiros e psicólogos, para além de outros profissionais [Ramos, 2001].

## Capítulo III – O Problema das IST

### 1. Factos e números sobre IST

As IST afectam, de maneira particular, os mais jovens. Nos países desenvolvidos, onde Portugal se inclui, a idade de iniciação sexual é cada vez mais precoce. Aliás, comprova-se que as primeiras experiências sexuais acontecem cada vez mais cedo, enquanto os relacionamentos mais duradouros acontecem mais tarde [Gaspar *et al*, 2006]. Este fenómeno aumenta a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens adultos a este tipo de infecções [Charlotte *et al*, 2000].

As IST são cada vez mais e diversificadas, sendo uma ameaça para a fertilidade como para a própria vida. Face à idade precoce da iniciação sexual, à multiplicidade de parceiros e de experiências e à vulnerabilidade biológica, psíquica e social, os adolescentes são um alvo fácil das IST, quer sejam bacteriológicas (por exemplo, infecção por clamídia, gonorreia ou sífilis) ou virais (herpes genital e VIH/SIDA) [Gaspar *et al*, 2006]. Todos os dias, mais de seis mil jovens, dos 15 aos 24 anos são infectados com VIH [Gaspar *et al*, 2006]. Uma das soluções para este problema passa, concerteza, pela prevenção e pela mudança de comportamentos [Gaspar, 2004].

Mas, numa época em que os jovens têm acesso a tanta informação, como é possível haver estes dados? Já foram realizados variados estudos mas, o fundamental é investigar os factores psicossociais e ecológicos que constituem factores de risco e factores protectores no comportamento sexual dos mais novos. É essencial ter em conta vários factores que devem ser trabalhados no âmbito da promoção em saúde sexual e reprodutiva [Gaspar *et al*, 2006].

Esses factores poderão ser [Gaspar *et al*, 2006]:

- Económicos;
- Características da comunidade;
- Estrutura familiar;
- Influência de pares;
- Características biológicas;
- Relação com a escola;
- Perturbações emocionais;
- Crenças e atitudes sobre sexualidade.

Num estudo realizado na população migrante residente em zonas carenciadas, verificou-se, em comparação com os jovens de nacionalidade portuguesa, que os imigrantes ou filhos de imigrantes utilizam menos o preservativo e têm mais parceiros sexuais. Quanto à procura de informação sobre VIH/SIDA, os jovens migrantes e filhos de migrantes falam menos com os pais do que os jovens portugueses, recorrendo mais a folhetos e a programas de televisão. Perante estes resultados, é essencial que sejam realizadas intervenções comunitárias que incluam a participação da família, dos pares, da escola e da comunidade, criando programas que promovam competências pessoais e sociais [Gaspar *et al*, 2006].

Os luso-africanos, que também fazem parte deste trabalho, já têm costumes mais idênticos ao dos outros jovens do país. No entanto, também passam por um processo de socialização primária familiar (e outros contextos de interacção intra-étnica), no qual são

transmitidos valores e práticas [Gaspar *et al*, 2006]. Estes jovens acabam, pois, por viver muito a cultura africana, apesar da integração na sociedade portuguesa [Raposos, 2008].

Em relação à saúde sexual e reprodutiva, quanto mais houver insegurança e instabilidade económico-social, mais se assistirá a comportamentos de risco [Gaspar *et al*, 2006], como também revelam os resultados do *Health Behaviour in School Age* (HBSA), um estudo colaborativo da OMS, cujo objectivo é estudar os estilos de vida e os comportamentos dos adolescentes nos vários cenários de vida [HBSA, 2005/2006]. Uma das conclusões deste estudo diz respeito à iniciação da vida sexual. Os africanos e luso-africanos tendem a iniciar a vida sexual mais cedo (tabela 2).

**Tabela 2.** Idade da primeira relação sexual em Portugal: comparação entre nacionalidades, segundo o HBSA (2005/2006).

<i>Idade da primeira relação (jovens que referem já ter tido relações sexuais)<sup>a</sup></i>			
	<b>11 anos ou menos</b>	<b>Entre 12 e 13 anos</b>	<b>14 anos ou mais</b>
<b>Portuguesa</b>	<b>14,8%*</b>	18,8%	<b>63,6%*</b>
<b>CPLP (Africano+Brasileiro)</b>	<b>34%*</b>	22,6%	<b>39,6%*</b>
<b>Outros</b>	11,8%	29,4%	52,9%

<sup>a</sup> ( $\chi^2 = 18.300$ , g.l = 6, p<.01), n=798

Como se pode ver na tabela 3, estes indivíduos estão mais predispostos a riscos, nomeadamente na área sexual por iniciarem a vida sexual mais cedo e por não usarem preservativo em todas as relações sexuais.

A tabela 3 também demonstra um dado importante. Os jovens com raízes africanas têm mais comportamentos de risco quando estão sob o efeito de álcool ou drogas, em comparação com os jovens portugueses.

**Tabela 3.** Jovens: estilos de vida e comportamentos desde 1980 a 2008, segundo o HBSA (2005/2006).

N Total = 4748	ESE baixo (n=2929), 61.7%			ESE medio/alto (n=1819), 38.3%		
	Portugues (2879)	Africano (50)	Qui quadrado	Portugues (1780)	Africano (39)	Qui quadrado
<b>CONSUMOS</b>						
Embriagar-se (2 ou + x)	12%	24.5%	7.00**	10.7%	23.7%	6.39*
Expermentar haxixe	7.4%	23.3%	15.17**	10%	15.2%	.955
Consumir drogas (1 vez + ultimo mes)	5.1%	21.7%	24.9**	7.1%	11.8%	1.09*
<b>VIOLENCIA</b>						
Provocador (2/3 x/sem)	9.9%	20.8%	6.19*	8.6%	12.8%	.87
Entrar numa luta ultimo ano	36%	48.9%	3.33	32.5%	46.2%	3.25
Andar com armas ultimo mes	9.3%	31.3%	25.95**	8.8%	10.5%	.142
<b>ESCOLA</b>						
Repetente (2 ou mais anos)	11.4%	34%	24.17**	5.2%	33.3%	54.94**
Sozinho na escola (+ de 1x/sem)	27.3%	30.4%	.228	22.6%	42.1%	8.03**
<b>FAMILIA</b>						
Comunicação fácil com a mãe	83.8%	73.2%	3.32	82.7%	77.1%	.746
Familia nuclear	89.6%	75.6%	14.8**	87.2%	51.5%	34**
Agregado fam. Mudado nos ult. > A	11.1%	21.4%	4.46*	12.7%	32.4%	12.45**
<b>ALIMENTAÇÃO</b>						
Consumir cola diariamente	35.8%	50%	4.29*	28.5%	52.6%	10.49**
Consumir leite diariamente	83.7%	74.4%	2.65	88%	73%	7.64**
Cons. hamburgueres diariamente	10.4%	20.0%	4.35*	7.3%	21.1%	9.97**
<b>BEM-ESTAR</b>						
Sentir-se infeliz	15.6%	28.9%	5.90*	14.3%	20.5%	1.20
<b>RISCO SEXUAL</b>						
Ter tido relações sexuais	12.6%	38%	32.01**	12.2%	23.1%	5.03
Não ter usado preservativo	5.7%	32.1%	44.97**	4.9%	24%	17.6**
Rel. sexuais com drogas/álcool	2.2%	14.3%	17.32**	2.3%	0%	.600
<b>LAZER</b>						
Ver TV FdeSemana 4h ou +	57.5%	64%	.845	55.5%	71.8%	4.12*

\* p<0.05; \*\* p<0.01

## 1.1. As diferentes IST

Num estudo sero-epidemiológico sobre IST, realizado em Portugal, em 220 imigrantes africanos recém-chegados e sexualmente activos, obtiveram-se os seguintes resultados: gonorreia (1,8%), sífilis (4,1%), hepatite B (7,3%), infecção por VIH (7,3%) [Gaspar *et al*, 2006]. O problema tem graves dimensões e, em parte, deve-se às condições habitacionais e de higiene, assim como a crenças e comportamentos face à doença [Gaspar *et al*, 2006].

Em relação às IST, existem apenas dados relativamente a doenças de declaração obrigatória. A Direcção-Geral de Saúde (DGS) afirma que os dados se baseiam em notificações médicas, o que leva a algumas limitações. “Por definição, a localização dos casos no tempo (ano/mês) tem por base a data da notificação (que se considera a data do diagnóstico), que pode ser muito diferente da data do início dos sintomas. Grandes discrepâncias podem ser verificadas por atraso na notificação médica ou, mais frequentemente, em determinadas doenças de evolução mais arrastada ou de diagnóstico mais moroso” [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010].

Neste trabalho optámos por abarcar as diferentes IST, já que é importante alertar para o facto de que os jovens têm poucos conhecimentos sobre esta temática, conhecendo principalmente a infecção por VIH, a sífilis, a gonorreia e o HPV, tal como demonstra o grupo focal realizado.

Aliás, “a prevenção das IST é limitada porque a monitorização destas tem sido negligenciada e os fundos continuam a ser escassos. As estimativas indicam que, todos os anos, deverão ocorrer 340 mil novos casos de sífilis, gonorreia, clamídia e triconomiasis” [Annual Epidemiological Report on Communication Diseases in Europe, 2010]. Além disso, as IST podem ser causadas por diferentes organismos, o que leva a que muitas vezes não haja sintomas ou, havendo, sejam similares a outras doenças.

O *Global Strategy for the Prevention and Control of Sexuality Transmitted Infections 2006-2015* defende uma maior aposta na informação e educação sobre as diferentes IST, evitando-se um enfoque exclusivo na infecção por VIH. E, nas suas metas, apresenta quatro benefícios desta estratégia:

- Redução da mortalidade e da morbilidade associadas ao VIH;

- Prevenção do VIH através de uma intervenção de custo-benefício;
- Prevenção das sequelas a longo prazo das IST e do cancro (especialmente no cancro do colo do útero provocado pelo HPV);
- Diminuição das gravidezes em mulheres portadoras de IST.

A DGS, na elaboração do PNS, alertou, ainda, para a necessidade de se ter em conta alguns aspectos relacionados com as IST [Plano Nacional de Saúde, 2004-2010]:

### **Inexistência de dados epidemiológicos fiáveis sobre IST**

- Em Portugal, por vários motivos, o número de casos reais de IST não é conhecido.
- Os dados disponíveis da DGS parecem indicar que a maior incidência das IST se verifica no homem, entre os 25 e os 44 anos de idade, e na região de Lisboa e Vale do Tejo.
- Em Portugal, o número de doentes nas consultas de IST tem vindo a aumentar. Também, no resto da Europa se tem verificado um aumento no número destas infecções, incluindo a resistência aos antibióticos de *N. gonorrhoeae*, tendo, recentemente, sido relatadas epidemias de sífilis em vários países. Por estas razões se pensa que, também em Portugal, o número de novos casos de IST tenha aumentado nos últimos anos.
- Adolescentes e adultos jovens são, geralmente, os mais afectados, assim como aqueles que têm dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, em Portugal, conhece-se muito pouco sobre a prevalência das IST em grupos específicos.

- O número de casos de sífilis congénita é, ainda, muito elevado em Portugal, por comparação com outros países da Europa, o que significa que esta infecção é também muito frequente no adulto. A elevada prevalência de VIH, em Portugal, parece indicar que existem números elevados das outras IST.
- Sabe-se também que, em Portugal, factores reconhecidos como responsáveis por uma maior incidência das IST, nos últimos anos, têm vindo a ganhar relevo, como, por exemplo, o aumento do número de viajantes, dos migrantes, dos comportamentos sexuais de risco e a deterioração das respostas das estruturas de saúde no controlo das IST.

### **Inexistência de um sistema nacional de vigilância epidemiológica consistente**

- Não se dispõe de um sistema consistente de vigilância epidemiológica com apoio laboratorial de qualidade, nem de técnicos de saúde com formação adequada na área das IST, a nível dos Cuidados de Saúde Primários.
- A notificação obrigatória não funciona e não inclui, por exemplo, as infecções por clamídia.
- Não existem estudos epidemiológicos nem de validação dos esquemas de abordagem sindromática, incluindo os de susceptibilidade aos antibióticos, para que se possa avaliar a adequação das terapêuticas que, presentemente, se utilizam.
- Inadequada formação em IST a nível dos profissionais de saúde e conhecimentos deficientes a nível do cidadão.

- A maioria dos profissionais de saúde tem conhecimentos escassos sobre IST, uma vez que estas infecções são pouco valorizadas na maioria das licenciaturas da área da saúde.
- Os cursos de pós-graduação, nesta área, são escassos, quer no que respeita à clínica, quer em relação ao diagnóstico laboratorial.
- Não existe informação suficiente e adequada sobre IST a nível das escolas, consultas de planeamento familiar, universidades e do cidadão em geral.

### **Inexistência de integração entre as actividades de vários sectores da sociedade**

- Existe falta de articulação entre as várias instituições com interesse em IST, VIH, toxicodependência e tuberculose, assim como com a sociedade civil.
- Deste facto resulta uma dispersão de recursos humanos, técnicos e financeiros, duplicação de acções e prejuízo para a população alvo.

As orientações estratégicas e intervenções necessárias, apresentadas pela DGS no âmbito do PNS de 2004-2010, incluem, assim:

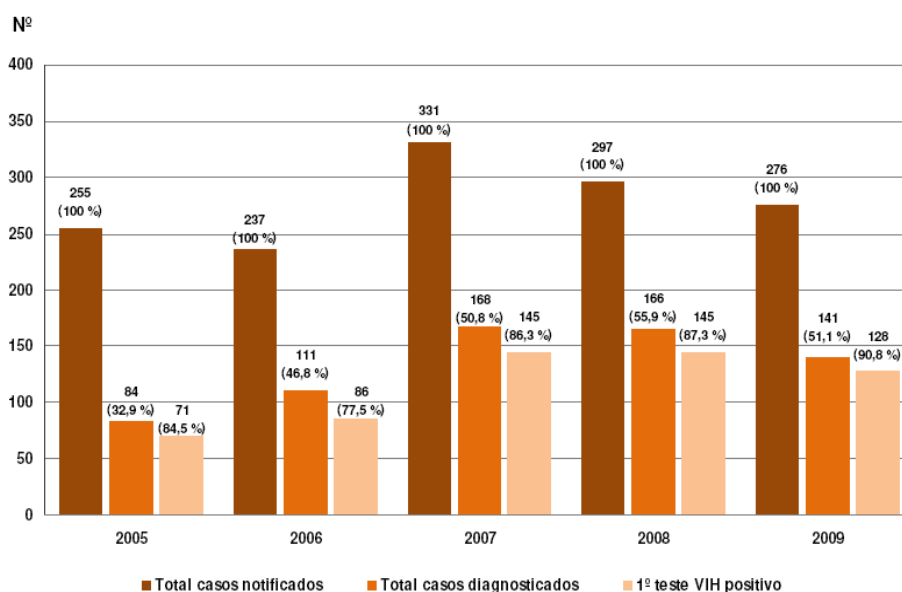
- Aumentar o conhecimento sobre as IST em geral;
- Promover o conhecimento sobre IST por parte dos profissionais de saúde e do cidadão;
- Identificar áreas prioritárias de intervenção;
- Implementar um sistema nacional de vigilância epidemiológica;
- Promover a melhoria das notificações obrigatórias;

- Definir e implementar uma política nacional de cuidados integrados, no que diz respeito às IST;
- Promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados em IST, a vários níveis.

Vejamos as características das principais IST, com base em informações da Associação para o Planeamento da Família [Associação para o Planeamento da Família, 2010].

### **VIH/Sida**

VIH é a abreviatura de vírus da imunodeficiência humana e é responsável pelo desenvolvimento de imunodepressão e aparecimento da SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida), fase final da infecção por VIH. Apesar de não existir, ainda, cura para a infecção por VIH, é possível evitar o aparecimento de SIDA, através da administração de medicamentos anti-retrovirais. A prática de sexo seguro é o modo mais eficaz de evitar a infecção por VIH, pelo que, a utilização de preservativo, de forma correcta, é fundamental. Nos indivíduos consumidores de drogas por via endovenosa é necessário não partilhar material de injeção.



**Figura 5:** Distribuição por ano de notificação, ano de diagnóstico e casos com primeiro teste VIH positivo no ano em causa, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2010).

O total acumulado de casos de SIDA (figura 5), em 31 de Dezembro de 2009, era de 15 685, dos quais 494 causados por VIH2 e 197 casos que referem infecção associada aos vírus VIH1 e VIH2. Em 2009, os casos de SIDA apresentam a confirmação do padrão epidemiológico registado, anualmente, desde 2000. Foram notificados 297 casos, verificando-se um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual (59,6%, do total de casos) e um menor número de casos associados à toxicodependência (23,6%) [Infecção VIH/sida – A situação em Portugal – 31 de Dezembro de 2009, 2010].

Os «portadores assintomáticos» são, predominantemente, jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos, constituindo o maior número de casos notificados (69,4%) neste grupo.

**Tabela 4:** Distribuição dos casos por grupo etário e género, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2010).

GRUPO ETÁRIO	SEXO			TOTAL	
	Masculino	Feminino	Não referido	Nº	%
0 - 11 meses	24	28	0	52	0.3
1 - 4 anos	14	18	0	32	0.2
5 - 9 anos	16	9	0	25	0.2
10 - 12 anos	6	0	0	6	0.0
13 - 14 anos	11	5	0	16	0.1
15 - 19 anos	107	63	0	170	1.1
20 - 24 anos	906	317	0	1 223	7.8
25 - 29 anos	2 289	584	1	2 874	18.3
30 - 34 anos	2 714	519	0	3 233	20.6
35 - 39 anos	2 271	439	0	2 710	17.3
40 - 44 anos	1 569	286	0	1 855	11.8
45 - 49 anos	974	208	0	1 182	7.5
50 - 54 anos	698	152	0	850	5.4
55 - 59 anos	415	105	0	520	3.3
60 - 64 anos	312	97	0	409	2.6
≥ 65 anos	375	83	0	458	2.9
Não referido	61	9	0	70	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>12 762</b>	<b>2 922</b>	<b>1</b>	<b>15 685</b>	<b>100</b>

O maior número de casos notificados (“casos acumulados”) corresponde a infecção em indivíduos toxicodependentes, constituindo 41,7% de todas as notificações (tabela 4). O número de casos associados à infecção por transmissão sexual, em heterossexuais, representa o segundo grupo com 41,1% dos registos. Entre os homossexuais masculinos, a percentagem é de 12,7% dos casos [Infecção VIH/sida – A situação em Portugal – 31 de Dezembro de 2009, 2010].

## Sífilis

A sífilis é uma doença causada por *Treponema pallidum* e pode afectar a vagina, o ânus, a uretra, o pénis bem como os lábios e a boca. Transmite-se pela prática de sexo vaginal,

oral ou anal. Embora menos frequente, pode também transmitir-se através do beijo. Os sintomas e sinais da sífilis podem não ser evidentes e variam consoante o estágio da doença. A faixa etária mais afectada é a dos 25-34 anos (tabela 5).

**Tabela 5.** Casos de sífilis precoce notificados em Portugal entre 2004 e 2008, segundo a DGS (2009).

GRUPOS ETÁRIOS	2004		2005		2006		2007		2008	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-14	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-
15-24	7	7	7	7	14	5	19	2	13	3
25-34	19	13	22	9	26	9	20	13	21	16
35-44	16	17	26	10	26	13	23	11	19	8
45-54	13	9	9	4	16	3	9	6	10	4
55-64	4	1	1	1	5	1	5	2	3	-
65-74	2	-	5	1	5	1	1	1	1	2
≥75	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>48</b>	<b>71</b>	<b>32</b>	<b>93</b>	<b>34</b>	<b>77</b>	<b>35</b>	<b>68</b>	<b>33</b>

## Gonorreia

A gonorreia é uma doença causada por *N. gonorrhoeae* que provoca, sobretudo, a inflamação do aparelho genital feminino. Pode também afectar o pénis, a uretra, o ânus ou a orofaringe. A via de transmissão principal é a sexual, mas pode ser também transmitida de mãe para filho durante o parto. Quando não é tratada pode ocasionar graves problemas, tais como infertilidade ou gravidez ectópica.

À semelhança da maioria das IST, a gonorreia pode não apresentar sintomas, pelo que a ida ao médico para exames periódicos é fundamental para a sua detecção precoce. Quando existem, os sintomas e sinais são: dor pélvica, hemorragia, febre, penetração dolorosa, disúria, inflamação da vulva, vômitos, corrimento de cor amarelada ou

esverdeada, polaquiúria, corrimento do pénis semelhante a pus, disúria, polaquiúria. A faixa etária mais afectada é a dos 15-24 anos (tabela 6).

**Tabela 6.** Casos de gonorreia notificados em Portugal entre 2004 e 2008, segundo a DGS (2009).

GRUPOS ETÁRIOS	2004		2005		2006		2007		2008	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
5-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24	3	2	12	2	12	1	28	4	18	8
25-34	8	5	24	1	22	2	22	3	21	2
35-44	5	1	6	-	15	-	11	2	11	1
45-54	2	1	3	-	-	1	2	-	4	-
55-64	1	-	2	-	-	-	2	-	1	-
65-74	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
≥75	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	19	9	48	4	51	4	65	9	56	11

## Hepatite B

A hepatite B é uma doença causada por um vírus (VHB). A transmissão deste vírus é extremamente fácil e os principais fluidos que permitem a transmissão são o esperma, as secreções vaginais e o sangue. A hepatite B crónica está na origem de complicações mais graves de saúde, como a cirrose ou o carcinoma hepatocelular. No entanto, a infecção pode, na maioria dos casos, ser eliminada pelo organismo. São considerados comportamentos de risco relações sexuais vaginais sem preservativo masculino ou feminino, sexo oral não protegido, partilha de seringas e material de injeção, partilha de objectos pessoais, como escovas de dentes ou lâminas de barbear, e manuseamento de agulhas infectadas em contexto hospitalar. As faixas etárias mais afectadas são a dos 15-24 anos e a dos 25-34 anos (tabela 7).

**Tabela 7.** Casos de Hepatite B notificados entre 2004 e 2008, segundo a DGS (2009).

GRUPOS ETÁRIOS	2004		2005		2006		2007		2008	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
1-4	1	-	-	1	-	1	-	-	2	-
5-14	1	3	1	1	1	-	1	1	2	-
15-24	8	6	6	9	2	2	2	5	4	4
25-34	12	6	18	3	9	3	7	9	8	4
35-44	13	5	18	8	10	1	9	8	9	2
45-54	14	6	9	8	2	1	5	9	4	5
55-64	10	1	4	5	4	1	-	1	3	-
65-74	6	-	4	1	1	3	2	2	4	2
≥75	1	1	-	1	-	1	1	2	-	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>29</b>	<b>60</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>17</b>

## Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Existem mais de 100 tipos de HPV. Em determinados casos afectam a pele e causam verrugas e cerca de 40 tipos afectam o aparelho genital causando condilomas ou verrugas genitais. Estima-se que 80% das mulheres e dos homens (tabela 8) têm contacto com o vírus em alguma fase da sua vida e, na maioria das situações, não resulta em problemas mais graves.

Contudo, se o sistema imunitário está mais vulnerável, pode tornar-se uma infecção persistente e causar cancro do colo do útero. A forma mais fácil de diagnosticar é através do exame citológico (Papanicolau).

Portugal já tem disponível uma vacina que previne a infecção por HPV. São factores de risco as relações sexuais muito precoces, um elevado número de parceiros e o tabagismo.

**Tabela 8.** Incidência e mortalidade por cancro do colo do útero, por grupo etário, em Portugal [Costa *et al*, 2007].

Grupo etário	Incidência por 100 000 (2005)	Mortalidade por 100 000 (2005)
<b>Total</b>	<b>20,95</b>	<b>3,81</b>
<b>≥ 15</b>	<b>24,52</b>	<b>4,45</b>
15-19	0,00	0,00
20-24	0,61	0,00
25-29	3,15	0,24
30-34	10,85	1,23
35-39	23,79	2,81
40-44	39,20	4,62
45-49	41,45	5,90
50-54	42,85	6,02
55-59	34,80	6,30
60-64	31,91	5,97
65-69	32,24	7,08
70-74	32,15	8,71
75-79	30,54	10,90
80-84	27,11	12,45
85+	17,82	11,70

Fonte: Costa *et al*, 2007.

Nas IST que apresentamos, de seguida, a DGS não apresenta quaisquer dados estatísticos, já que não se tratam de doenças de declaração obrigatória.

## Clamídia

Clamídia é uma bactéria que causa uma IST que pode afectar o pénis, a vagina, o colo do útero, o ânus, a uretra, a orofaringe ou os olhos. É a IST mais comum e a infecção transmite-se por via sexual e, também, de mãe para filho. Na maioria dos casos não apresenta sintomas, no entanto, quando existem, podem ser: dor pélvica, corrimento vaginal, dispareunia, disúria, menorragias, dor ou disúria, pus ou corrimento proveniente do pénis.

## Herpes genital

O herpes genital é uma infecção que pode ser causada por dois tipos de vírus. O vírus herpes *simplex* do tipo 1 e, sobretudo, o vírus herpes *simplex* do tipo 2. A sua

transmissão pode ocorrer através da prática de penetração vaginal, de sexo oral ou de sexo anal.

Clinicamente, há o aparecimento de vesículas na área genital quer dos homens quer das mulheres, acompanhadas por dor, prurido e disúria. Quando surge, aconselha-se a abstinência sexual. A utilização do preservativo é a forma mais adequada de prevenção, embora não seja 100% eficaz.

### **Infecção por tricopomonas**

Esta infecção é causada por um organismo unicelular e afecta tanto mulheres como homens. Normalmente, não apresenta sintomas. Quando existem, são os seguintes: corrimento vaginal, pequenas hemorragias, prurido ou comichão à volta da vagina e polaquiúria.

## Capítulo IV - Marketing Social em Saúde

### 1. Definição de Marketing Social em Saúde

Perante a realidade complexa das IST e da imigração, há várias questões que se colocam quando pensamos na prevenção deste tipo de doenças. Uma das mais fulcrais é o facto de haver uma discrepância entre as atitudes e os comportamentos sexuais, isto é, os jovens sabem que não devem ter certo tipo de comportamentos, mas acabam por tê-los [Villaverde & Ferreira, 2008].

Num inquérito realizado pela equipa Aventura Social & Saúde, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, também se chegou à conclusão desta discrepância. A equipa concluiu que é nesta disparidade entre «informação» e «adopção de comportamento», que fazem sentido medidas promocionais que ajudem os jovens a transformar os seus conhecimentos em práticas de saúde. [Gaspar *et al*, 2006]

Mas, perante a discrepância entre atitudes e comportamentos de risco, como se pode educar para a saúde, principalmente em bairros onde impera a insegurança e a exclusão social? Mais precisamente, como se pode captar a atenção dos jovens para terem um maior conhecimento sobre IST, mudando os seus comportamentos de risco?

A questão parece estar na forma como se transmitem as mensagens de prevenção das IST. A saúde é vista, cada vez mais, de uma forma integral, isto é, em vez da doença, quem está no centro é o doente visto de forma holística. A saúde do indivíduo é analisada como um todo, tendo em conta todos os factores internos e externos que possam influenciar positiva ou, negativamente, o seu bem-estar físico, mental e social [Moreira, 2007].

A equipa do projecto Aventura Social & Saúde, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, defende, também, a necessidade de se estudar os comportamentos de saúde e os factores que influenciam os seus comportamentos, para que se consiga desenvolver políticas de Educação para a Saúde. [Gaspar *et al*, 2006].

### **1.1. A importância do Marketing Social em Saúde**

Educar para a saúde não é fácil face aos diversos determinantes em saúde. Quando se está perante jovens entre os 14 e os 30 anos, a responsabilidade aumenta se se tiver em conta que é nestas idades que se tem uma vida sexual mais activa e menos estabilizada, com várias experiências sexuais casuais, para além de ser a altura mais propícia para não se aceitar qualquer tipo de mensagem devido à fase de autonomia e rebeldia que se vive [Gaspar *et al*, 2006].

Há várias teorias da comunicação que se podem utilizar na Educação para Saúde [Moreira, 2007; Shiavo, 2007]. Uma das teorias que começa a ser cada vez mais utilizada nos nossos dias a nível internacional é a do Marketing Social em Saúde [Moreira, 2007]

Quando se fala em Marketing, pensa-se em promoção de produtos e serviços com o objectivo de vender. Mas o Marketing Social em Saúde é utilizado para acções de Educação para a Saúde e é “a aplicação de técnicas comerciais para analisar, planear, executar e avaliar programas desenhados para influenciar o comportamento voluntário de públicos-alvo, a fim de melhorar o bem-estar pessoal e da sociedade” [Andreasen, 1995]. O objectivo último é, sempre, a mudança de comportamentos [Shiavo, 2007].

Esta teoria da comunicação é uma ajuda no desenvolvimento dos perfis das audiências, na situação e análise da população-alvo e na definição e solução do problema de saúde

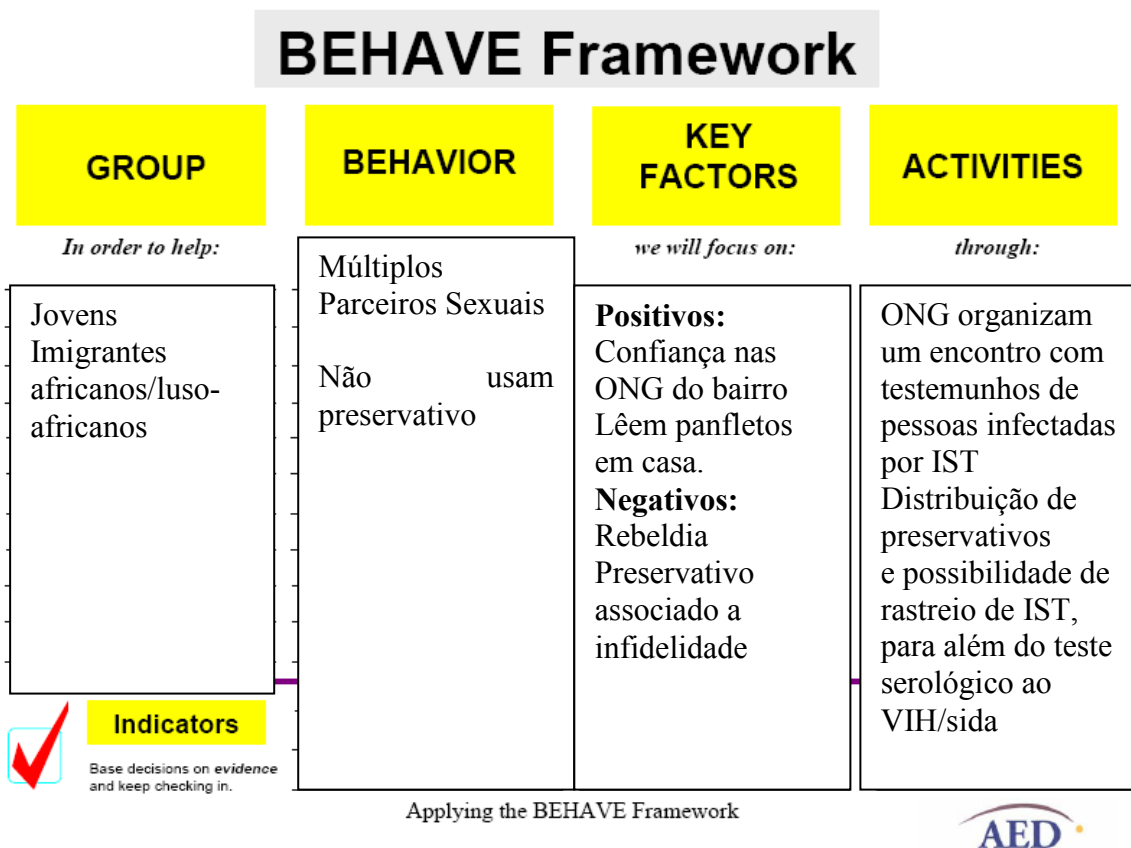
[Andreasen, 1995]. Utilizada em vários países, o Marketing Social em Saúde tem mostrado ser uma ajuda na prevenção da doença e na consciencialização do risco. Além disso, tem mostrado ser uma mais-valia para ultrapassar o problema da iliteracia em saúde, já que permite ter a noção do grau de iliteracia ao longo das acções de Educação para a Saúde, ou não tivesse uma vertente de monitorização constante da campanha. Contribui, assim, para quebrar barreiras em relação à compreensão de questões relacionadas com mensagens, materiais e actividades que reflectem a capacidade linguística e as preferências da população-alvo [Shiavo, 2007].

Desta forma, torna-se mais fácil informar, educar e comunicar com determinada população sobre saúde. Aliás, esta teoria de Comunicação em Saúde, ao adaptar-se às características da população – para evitar o confronto – consegue, mais facilmente, mobilizar a comunidade em causa, levando-a a ter um maior *empowerment* e, por conseguinte, responsabilidade, face ao seu estado de saúde [Moreira, 2007].

## **1.2. Teoria *Behave Framework***

Para se ter uma noção mais exacta dos vários determinantes em saúde, é importante basearmo-nos na Teoria *Behave Framework*, utilizada em várias campanhas de luta contra a SIDA [Mahler & Flannagan, 2001].





**Figura 7.** Exemplo da aplicação Teoria *Behave Framework*, adaptado de AED (2004).

### 1.3. A teoria em prática

Após a análise com base na Teoria *Behave Framework*, como é que o Marketing Social em Saúde se põe em prática? A base é a dos quatro P que definem qualquer tipo de marketing [Kotler & Roberto, 1989].

► **Product:** Neste caso é o comportamento, ou seja, é algo imaterial (por exemplo: utilize preservativo, não tenha mais do que um parceiro sexual);

► **Price:** Qual é o preço emocional, físico, comunitário ou social a adoptar um novo comportamento, política, prática (por exemplo: consequências de contrair VIH);

► **Place:** Distribuição através de canais (local mais apropriado para lançar ou introduzir os materiais de comunicação para adoptar um novo comportamento);

► **Promotion:** Como transmitir a mensagem, como motivar a população a adoptar determinada ideia ou comportamento?

Os quatro P têm sempre em conta os vários determinantes em saúde:

- Comportamento pessoal e estilos de vida;
- Influências na comunidade que podem manter ou prejudicar a saúde;
- Condições de vida e de trabalho e acesso a Serviços de Saúde;
- Condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais.

Esses determinantes são avaliados por toda a equipa que esteja envolvida no projecto.

Não se trata, apenas, dos profissionais de comunicação e de Marketing – neste caso do Marketing Social em Saúde –, mas também dos médicos, enfermeiros, psicólogos, sociólogos, entre outros.

#### **1.4. Materiais IEC**

Uma das ferramentas utilizadas no Marketing Social em Saúde e que é alvo de estudo nesta investigação, são os materiais IEC. Podemos estar a falar das mais variados materiais, dependendo sempre do objectivo e dos determinantes em saúde: panfletos, cartazes, *workshops*, peças de teatro (*role-playing*), jornais, revistas ou filmes. “IEC combina estratégias, técnicas e métodos que permitem aos indivíduos, famílias, grupos, organizações e comunidades desempenhar um papel activo no alcance, protecção e sustentabilidade da sua própria saúde” [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2001].

Este tipo de materiais permitem desenvolver campanhas de Educação para a Saúde, independentemente das necessidades existentes ou dos princípios educacionais, e, tendo sempre em conta o objectivo de levar, *a posteriori*, à mudança de comportamentos. O importante é captar a atenção da população-alvo e ir ao encontro dos obstáculos e necessidades da mesma [Applying Behave Framework, 2004].

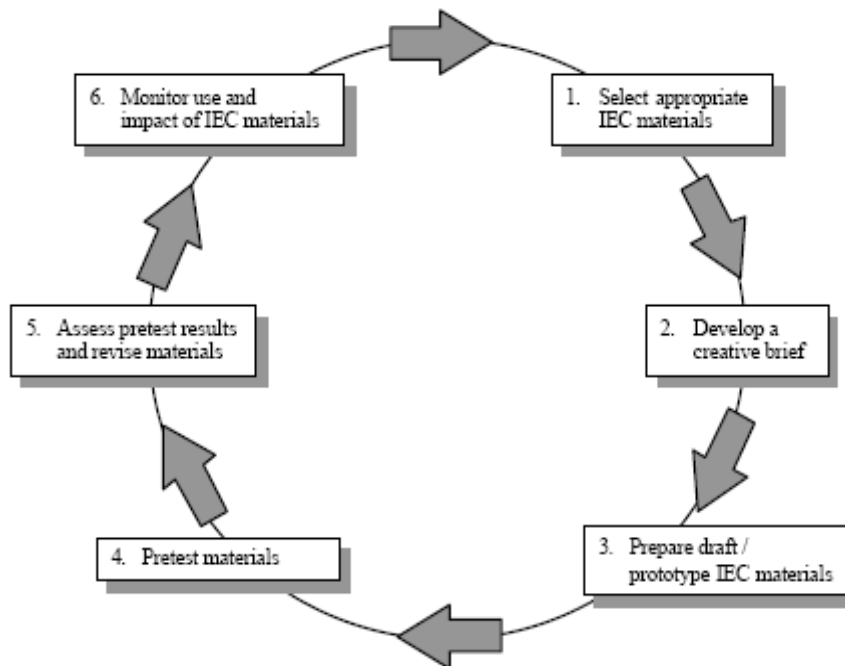
Nesse caso é essencial ter em conta a análise feita a partir da Teoria *Behave Framework* que vimos anteriormente [Mahler & Flannagan, 2001]. Esta análise é essencial, não apenas para se decidir que tipo de material deve ser usado, mas também se este deve ser segmentado, consoante as diferentes segmentações que possam existir dentro do grupo-alvo, como idade, descendência, ambiente familiar, entre outros factores [UNAIDS – Expert Consulting on Behaviour Change Report, 2006]. Aliás, os profissionais do sector devem estar preparados para responder às diversas respostas que possam surgir ao longo das actividades IEC [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2001].

Antes da realização das actividades com materiais IEC dever-se-á ter em conta dois aspectos essenciais [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2001].

**Familiarização com a comunidade:** Pedir a ajuda de alguém que faça parte da comunidade e que possa ser a “porta de entrada”.

**Identificar os indivíduos mais importantes, ou seja, os líderes:** Estes líderes podem ser reconhecidos como exercendo oficialmente a liderança ou não. O importante é que sejam conhecidos da restante comunidade e que tenham alguma influência e respeito junto da mesma.

### 1.4.1. Como desenvolver material e acções IEC



**Figura 8** – O ciclo da produção do material IEC, adaptado de Swann (2008).

Como referi anteriormente, há diversos materiais IEC. Um vídeo, um *workshop*, panfletos, cartazes, programas de rádio, intervenção porta-a-porta, peças de teatro, entre outros. Seja qual for a decisão, é necessário seguir algumas linhas estratégicas (figura 8). E à medida que o projecto vai avançando, e os materiais se vão aplicando, é necessário fazer-se uma avaliação contínua, caso seja necessário alterar algum pormenor [Swann, 2008].

A selecção dos materiais IEC deve basear-se sempre nos conhecimentos que temos do grupo-alvo, logo, através da Teoria *Behave Framework* vamos saber quais são as características, as atitudes, os comportamentos e o conhecimento do grupo.

Nesse sentido, é necessário responder às seguintes questões:

- Que tipo materiais mais se adequam às preferências e à forma de aprender?
- Qual é o nível educacional?
- Existem valores e crenças culturais que possam ter algum impacto na aceitação dos materiais?
- O que pensa o grupo-alvo de outras campanhas de que foram alvo?
- Os membros do grupo-alvo poderão ajudar a responder a estas questões, nomeadamente os líderes locais. Este tipo de informação já poderá ter sido recolhida anteriormente face a outras campanhas.
- No caso de ser necessário recolher esta informação, poder-se-á recorrer a algumas técnicas [Swann, 2008]:

### **Observação**

É necessário visitar a comunidade alvo e conhecer os locais onde se prestem cuidados de saúde, como os Centros de Saúde, mas também outras unidades, como ONG, onde se utilizam outros materiais IEC. O objectivo é perceber a forma como as pessoas reagem aos mesmos. As conclusões deverão ser discutidas com outros profissionais do projecto.

### **Conversas informais**

Nestas conversas é importante tentar perceber a reacção das pessoas e ter em conta os seus costumes. É também uma boa base se se tiver acesso a informação sobre as necessidades, desejos, inquietações, usos e costumes de cada indivíduo e da própria

comunidade [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2001].

### **Questionários**

As perguntas dos questionários devem incluir dados demográficos, mas também questões que dêem conhecimento das atitudes e comportamentos do público-alvo relativamente a questões de saúde (o que se entende como problema de saúde, a causa e a solução). Poder-se-á também optar por aplicar os questionários junto de membros da população que a conheçam bem.

### **Entrevistas de fundo**

O objectivo é conseguir respostas detalhadas e abertas, devendo ser feitas uma a uma.

### **Grupos Focais**

Esta é a técnica mais utilizada na análise qualitativa e permite obter várias respostas, já que o grupo responde a questões pré-estabelecidas (de acordo com o objectivo) mas, também, é uma forma de ouvir sugestões e outras questões que possam surgir no decorrer da discussão.

## **1.4.2. Qual é o melhor material?**

Quando se passa à fase de se escolher o melhor material a ser utilizado dever-se-á ter em conta vários pontos, a partir da informação recolhida *a priori*.

- Quais são os canais preferidos do público-alvo e quais são os mais acessíveis?
- Que canais são mais efectivos para se comunicarem mensagens junto do público-alvo?

- Em que fase se encontra o público-alvo face à aceitação da adopção de novos comportamentos?

De seguida, dever-se-á pensar se os materiais IEC são efectivos.

- O material IEC fala, por si, relativamente ao conteúdo da mensagem a ser transmitida?
- A imagem ou a mensagem que deve passar baseia-se mais num conteúdo visual ou áudio? É uma combinação dos dois?
- Não nos devemos, também, esquecer que é necessário ter em conta o orçamento. Alguns materiais são mais caros de produzir. Há, ainda, a questão de alguns só poderem ser realizados por especialistas.
- Alguns canais levarão mais tempo a estar operacionais.
- Quanto tempo é necessário para a sua distribuição?
- O sucesso poderá passar pela mistura de vários materiais IEC, para que tenham um impacto mais positivo junto da população-alvo.

Após estes procedimentos, dever-se-á criar um *creative briefing* para ver todos os pormenores necessários para a criação do material. Este guião orientador tem um papel crucial na ligação entre os investigadores e a equipa que irá produzir os materiais e deverá conter os seguintes itens:

- **População-alvo:** Descrever as suas características. Há grupos que podem constituir um grupo-alvo secundário?

- **Objectivos da comunicação:** O que se deve sentir e pensar, perante os materiais IEC? E o que não se deve sentir ou pensar?
- **Obstáculos:** Crenças, práticas culturais, possíveis desentendimentos que possam surgir face aos materiais.
- **Mensagem-chave:** Por que devem aceitar a mensagem que lhes é transmitida?
- **A frase que suporta a mensagem principal:** Por que razão a mudança de comportamentos é mais benéfica do que os obstáculos?
- **Tom:** Que sentimento deve transpor dos materiais IEC?
- **Considerações criativas:** Que pontos devem ser acrescentados no desenho dos materiais IEC?

Por vezes, o material utilizado pode ser de outras organizações e instituições ou, até, ser adaptado. O importante é ter qualidade, ou seja, deve responder de forma positiva a certas questões colocadas pela população-alvo. Neste caso, poder-se-á recorrer a certas técnicas, como grupos focais, entrevistas de fundo, entre outras.

A realização de um pré-teste, com base nestas técnicas, também é passo essencial. Estas são algumas das questões que poderiam ser colocadas [Swann, 2008].

- É apelativo?
- Gera confiança?
- Apela à mente e ao coração?
- É claro?
- As ideias estão bem organizadas?

- Os valores apresentados no material vão ao encontro da população?
- O conteúdo tem relevância cultural?

Neste caso é essencial recorrer aos líderes locais. A Comunicação em Saúde, nestas comunidades, deve envolver, inevitavelmente, o seu papel. A participação da comunidade, através da influência destes líderes, é fundamental para se ter sucesso na iniciativa e para se ganhar a confiança local [Thompson, 2003].

### **1.4.3. A importância do trabalho em conjunto**

Os materiais IEC não devem existir *per se*. É essencial a criação de serviços que apoiem a população e que possam dar resposta face aos vários determinantes em saúde [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2001]. Estes são parte integrante de um “processo que se dirige às pessoas, comunidades e sociedades e cujo objectivo é desenvolver estratégias de comunicação para promover comportamentos benéficos para a saúde [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2001].

O tipo de comunicação a que se recorre é essencial, porque não nos podemos esquecer que o objectivo final é “a mudança de comportamentos”. “Trata-se de conseguir que a população adopte comportamentos favoráveis à saúde, informando-a e incentivando-a a tomar opções individuais, num processo contínuo que oferece uma percepção na maneira pela qual as pessoas são capacitadas. Gradualmente, vai-se maximizando o seu potencial de progredir da acção individual para a colectiva, promovendo mudanças sociais e políticas” [Wallerstein & Duran, 2006].

“Apesar de o objectivo último ser a influência de comportamentos e de normas sociais, há uma ênfase renovada na importância de se estabelecerem objectivos comportamentais

e sociais logo no desenho inicial das intervenções em comunicação em saúde” [Shiavo, 2007]. A interdisciplinaridade consegue assim dar resposta aos vários determinantes em saúde [Silva *et al*, 2006]. Não basta informar e educar sobre as IST, pois é necessário também haver melhoria das condições de vida, da saúde mental, acesso a preservativos, acesso a cuidados de saúde, entre outros.

#### **1.4.4. Princípios éticos**

Tal como em qualquer área, na Comunicação em Saúde e, na utilização específica dos materiais IEC, deve ter-se em conta aspectos éticos. É essencial reflectir-se sobre os meios utilizados e assegurar que a intervenção não terá consequências danosas noutros âmbitos, como no familiar, social e cultural [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2000]. Esses princípios éticos deverão ter em conta os seguintes pontos:

- Manter a autonomia das pessoas;
- Respeitar as decisões individuais e não impôr ideias ou culpabilizar os indivíduos;
- Utilizar conhecimentos cientificamente demonstrados;
- Não difundir mensagens que não estejam comprovadas, já que podem surtir efeitos negativos.

A Educação para a saúde não deve, portanto, agudizar as desigualdades sociais em matéria de saúde que já possam existir, nem criar outras [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2001].

### 1.4.5. Avaliação e monitorização

Para que as campanhas tenham sucesso é necessário fazer a monitorização do que se vai realizando. Estes são os principais itens que devem ser avaliados:

- **Conhecimento.** A população-alvo sabe qual é a principal mensagem?
- **Reacção.** É positiva ou negativa?
- **Comportamento do público-alvo.** Há mudanças?

A avaliação regular das acções desenvolvidas permitirá as alterações necessárias no tempo mais adequado [Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud, 2001]. Estas actividades devem ter em conta que os indivíduos devem adquirir as seguintes competências psicossociais, de acordo com as recomendações da OMS [OMS, 2006].

- Saber resolver problemas e tomar decisões;
- Saber comunicar com os outros e ser hábil nas relações interpessoais;
- Ser crítico e criativo;
- Saber gerir o *stress* e os sentimentos.

## **Parte II. O Bairro Quinta da Fonte e o projecto da MDM**

### **Capítulo I - Projecto “Saude Pa nos Bairro”**

#### **1. Definição do projecto**

Esta dissertação de Mestrado tem por base a população-alvo do projecto “Saude Pa nos Bairro”, da Médicos do Mundo (MDM), que está a decorrer nos bairros de génese ilegal do concelho de Loures. Para o presente trabalho investigámos a percepção dos jovens africanos e luso-africanos, na faixa etária dos 14 aos 30, que vivem no bairro e que já foram alvo de campanhas contra as IST, baseadas em materiais IEC.

Apesar de a equipa da MDM não se focar no Marketing Social em Saúde a nível conceptual, utilizam materiais IEC para fazer prevenção em saúde. O projecto conta com uma equipa multidisciplinar, com experiência nesta área e com a população-alvo, representando uma mais-valia o facto de um dos técnicos ter experiência em projectos da área de Saúde Pública/Saúde Comunitária de PALOP, nomeadamente, na Guiné-Bissau.

No Bairro Quinta da Fonte, a MDM tem vindo a desenvolver um trabalho preventivo a nível das doenças infecciosas, como as IST. O objectivo principal é diminuir os casos do VIH/SIDA até ao final de 2011, aumentando o acesso aos cuidados de saúde primários da população-alvo, assim como o acesso às estruturas de saúde de referência. A MDM pretende, ainda, estimular a adopção de estilos de vida saudáveis. Para isso recorre ao *empowerment* das comunidades.

## 1.1. Material IEC em campanhas contra as IST

O projecto existe desde Setembro de 2008 e prolongar-se-á até Agosto de 2011, contando com o apoio de uma equipa multidisciplinar: coordenadora, enfermeiros, técnica de Serviço Social, animador sócio-cultural e voluntários. Apresentamos, de seguida, os parceiros do projecto (tabela 9):

**Tabela 9:** Parcerias do projecto “Saúde pa nos Bairro” na Apelação.

Entidade Parceira	Âmbito da Parceria
Câmara Municipal de Loures	Articulação com as várias estruturas e instituições locais; disponibilização de informação sobre a caracterização da população; reprodução de materiais de informação e sensibilização sobre a prevenção da doença.
Instituto de Higiene e Medicina Tropical	Encaminhamento através das consultas de Cuidados de Saúde Primários, quando existe suspeita de doença infecciosa; investigação/acção
Agrupamento de Escolas da Apelação	Cedência do espaço físico para a realização de consultas.
Centro de Saúde da Apelação	Através das consultas de cuidados primários de saúde são encaminhados utentes para consultas e serviço de urgência (no caso de imigrantes indocumentados).
Hospital Curry Cabral	Através das consultas de cuidados primários de saúde são encaminhados utentes que tenham Médico de Família, para que sejam acompanhados no âmbito do SNS.

Estas são os materiais de IEC, utilizados pela MdM, desde Setembro de 2008 a Agosto de 2009 no Bairro Quinta da Fonte:

### **1º Semestre (Setembro de 2008 a Fevereiro de 2009)**

#### Actividades de IEC:

**Setembro de 2008 a Fevereiro de 2009:** realizaram-se acções de rua, com distribuição de preservativos, para se conseguir chegar aos jovens que vagueiam pelas ruas e que não recorrem às Consultas Básicas de Saúde, no Bairro Quinta da Fonte – Apelação.

**Dezembro de 2008:** realizaram-se acções de informação no âmbito do Dia Mundial da Luta Contra a SIDA:

1. Uma enfermeira da MdM reuniu-se com os jovens e focou pontos como a prevenção, a infecção por VIH/SIDA, formas de contágio, entre outras questões.
2. Após a sessão, o grupo (13 indivíduos) dividiu-se em subgrupos e produziram cartazes que foram afixados em pontos estratégicos e na rua.

### **2º Semestre (Março a Agosto de 2009)**

#### Actividades de IEC:

#### **Actividade conjunta com parceiros da Apelação:**

Dia do Bairro: foi cedido a cada parceiro um *stand*, no qual a MdM promoveu o projecto, distribuiu material informativo e preservativos, contando, sempre, com o aconselhamento de um dos técnicos do projecto.

## **1.2. Resultados do “Saude Pa nos Bairro” até Agosto de 2009**

Apesar de ainda não haver informações concretas, a MDM conseguiu realizar as várias actividades que estavam programadas. No entanto, ainda é necessário perceber se os materiais IEC e as acções subjacentes vão levar à mudança de comportamentos.

Dados do Relatório do projecto “Saúde pa nos Bairro”, do primeiro Semestre de 2009, apontam, ainda, que no período de Setembro de 2008 a Fevereiro de 2009, nas consultas de Cuidados de Saúde Primários, realizaram-se um total de 1418 atendimentos (52% são do sexo feminino e 47% do masculino). Registaram-se também 27 encaminhamentos para instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e distribuíram-se 2639 preservativos, que foram solicitados pela comunidade.

## **1.3. Outras campanhas decorridas no bairro**

Houve ainda campanhas com materiais IEC da parte da Pastoral dos Ciganos/PROGRIDE, e no Agrupamento de Escolas, em parceria com outras associações que desenvolvem acções no terreno.

## Capítulo II – O Bairro Quinta da Fonte, Apelação

### 1. Dados sócio-demográficos

Uma das freguesias mais populosas do Concelho de Loures é a Apelação, onde se situa o Bairro Quinta da Fonte. Localizada na transição da região oriental do concelho para a várzea de Loures, a Apelação confina com as freguesias de Camarate, a Sul, Frielas a Oeste, e Unhos a Norte e a Leste. Os dados do último Censos de 2001 são apresentados na tabela 7.

**Tabela 10.** Evolução da população da Apelação entre 1862 e 2001 [Caeiro, 2004].

---

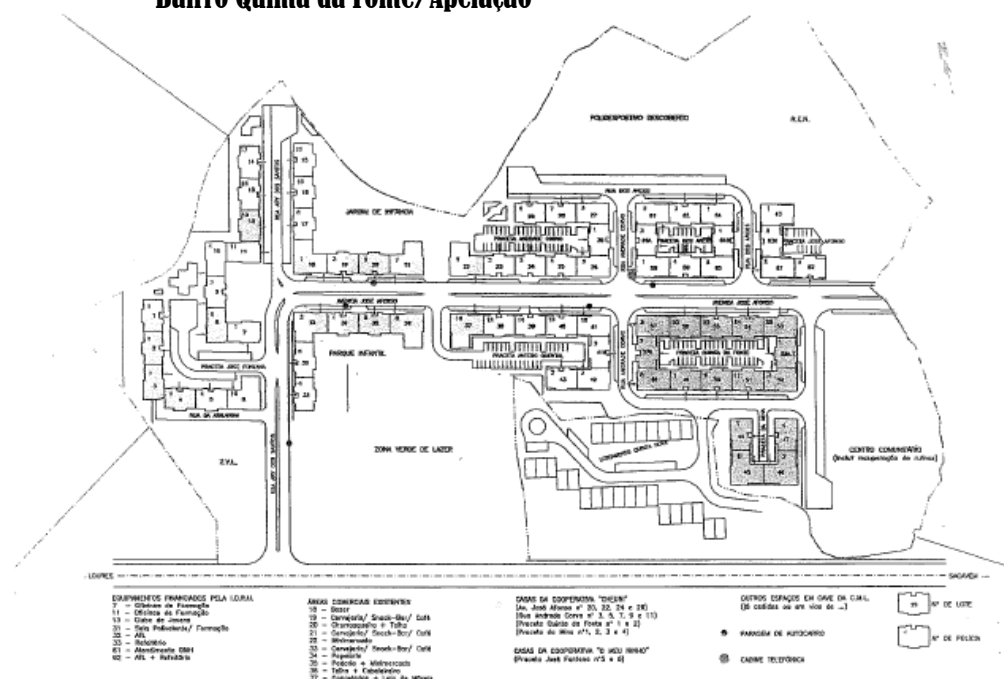
**Evolução da população da Apelação (1862 – 2001)**

---

<u>1862</u>	<u>1864</u>	<u>1890</u>	<u>1900</u>	<u>1920</u>	<u>1991</u>	<u>2001</u>
284	283	302	374	402	3.377	6.043

---

## Bairro Quinta da Fonte/Apelação



**Figura 9.** Mapa da Apelação, Concelho de Loures [Caeiro, 2004].

O Bairro Quinta da Fonte (figura 9) foi construído num local elevado, a noroeste da freguesia da Apelação. A sua localização relativamente ao resto da freguesia é apontada como factor de exclusão, assim como o facto de a população ter sido realocizada num local com maiores dificuldades de acesso à cidade de Lisboa, comparativamente aos locais de onde vinham [Caeiro, 2004].

A criação deste bairro levou a que passassem a existir duas áreas separadas: a área antiga da Apelação e o bairro de realojamento. Entre estes dois espaços distintos localiza-se o APELARTE - Centro Comunitário da Apelação e um equipamento da Câmara Municipal de Loures. Há também uma separação entre o bairro e a restante freguesia, o que leva ao isolamento. O trabalho do Centro Comunitário está direccionado para o bairro e para uma população específica (a população jovem), apesar de não haver interacção entre as duas áreas da freguesia.

O isolamento leva, inevitavelmente, à exclusão social. Os factores que podem levar à marginalidade e, conseqüentemente, à exclusão social, são de várias índoles: económicos, sociais, culturais, entre outros. “A fragilidade financeira presente neste bairro remete para a ideia de pobreza e de exclusão” [Caeiro, 2004]. A pobreza do século XXI, ou a denominada pobreza urbana, ultrapassa a ideia de privação resultante da falta de recursos. No caso das minorias étnicas, é frequente considerar-se que estas se encontram numa situação desprivilegiada, relativamente, aos autóctones, já que os vêem como grupos de maior fragilidade social. As minorias étnicas são alvo de um processo de exclusão social, já que é habitual existir um grande fosso, relativamente, à cultura autóctone [Fonseca & Taborda, 2002].

O realojamento no Bairro Quinta da Fonte iniciou-se em 1996 e aconteceu de forma rápida e conflituosa [Teixeira & Albuquerque, 2006]. Na altura, houve a possibilidade de se comprarem lotes na freguesia da Apelação por parte da Câmara Municipal de Loures – que estavam a ser construídos por duas cooperativas, “O meu ninho” e “CHEUNI” –, mas ambas as cooperativas enfrentaram problemas financeiros e acabaram por vender os lotes. Aliás, ainda hoje, existem apartamentos, ocupados por cooperantes, e que se encontram à venda.

### **1.1. Viver no Bairro Quinta da Fonte**

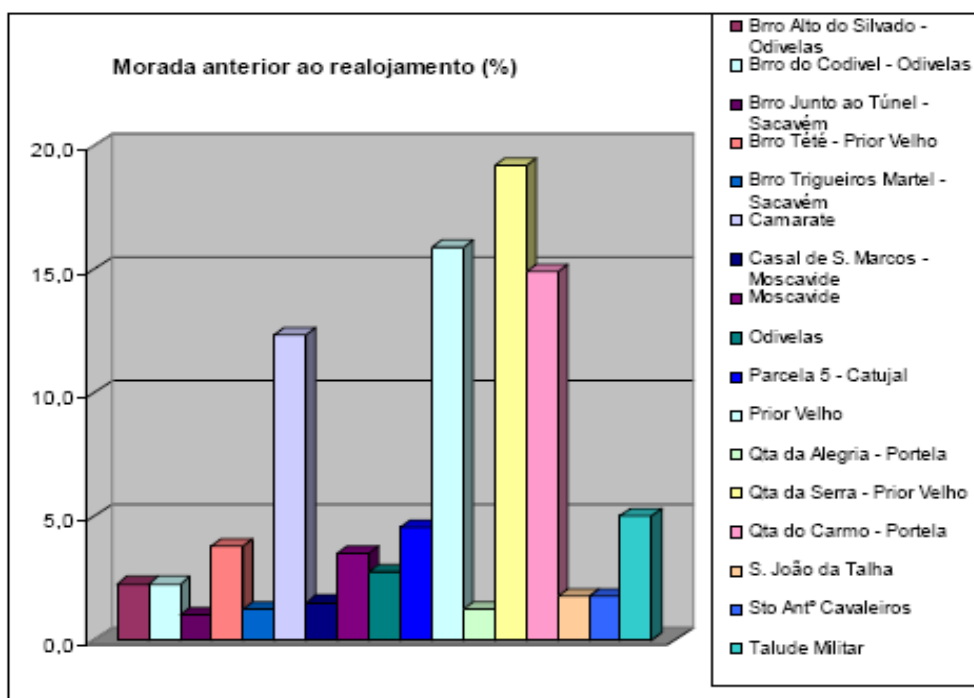
Existem duas vias principais – Avenida José Afonso e Rua Ary dos Santos –, que são atravessadas por veículos comerciais e individuais e por cidadãos anónimos. Há transportes públicos, mais precisamente autocarros, mas o acesso a outras localidades não é tão facilitado como nos locais onde habitavam em bairros de lata. Existem diversas pracetas isoladas, onde é frequente encontrar automóveis abandonados e

espaços sujos. Nas ruas é habitual verem-se várias pessoas em grupos (de ciganos e africanos), onde passam muito tempo, principalmente, no Verão [Raposo, 2008].

“Os lotes das cooperativas situam-se nos limites do bairro promovendo a vivência da população para fora do mesmo. As observações feitas no terreno indicam que a população residente nos apartamentos das cooperativas vive de costas voltadas para o bairro, vivendo uma vida à parte, virada para fora, até mesmo, da freguesia [Caeiro, 2004]. O realojamento da Quinta da Fonte levou à criação da Escola EB 2+3 da Apelação, situada fora do bairro.

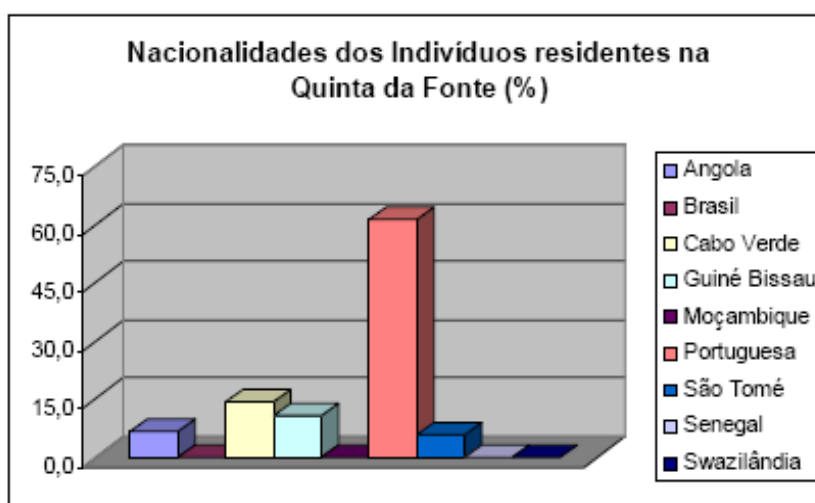
Os dados sobre a população residente remetem ao estudo realizado pelo Gabinete de Assuntos Religiosos e Sociais Específicos (GARSE) da Câmara Municipal de Loures [Caeiro, 2004], que se baseia no Censos de 2001. Na altura foi recolhida informação referente a 1 356 indivíduos, o que perfaz uma média de 3,4 indivíduos por agregado familiar. A constituição familiar é a mais variada possível, desde os indivíduos que residem sozinhos nas colectividades, passando pela família nuclear – pais e filhos – até à família de grandes dimensões, onde residem primos, sobrinhos, pais, enteados, e até indivíduos sem parentesco.

De acordo com os mesmos dados, predominam as famílias provenientes do Prior Velho (Quinta da Serra e barracas sitas junto da Auto-estrada do Norte – A1), sendo que cerca de 12,4% das famílias realojadas vieram de Camarate (figura 10). A maior parte das famílias foram realojada entre 1996 e 1998, embora ainda hoje haja realojamentos, nomeadamente de pessoas a viverem no Bairro Quinta da Serra, no Prior Velho [Caeiro, 2004].



**Figura 10.** Origem dos habitantes realojados no Bairro Quinta da Fonte, segundo o GARSE, com base Censos 2001.

Em relação às nacionalidades, predomina a portuguesa, como se pode constatar na figura 11. Relativamente aos países africanos, destacam-se os indivíduos vindos de Cabo-Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe.



**Figura 11.** Nacionalidade dos habitantes do Bairro Quinta da Fonte [Caeiro, 2004].

## **1.2. Líderes locais**

No Bairro Quinta da Fonte há três grupos de jovens que se destacam pela colaboração com as entidades que estão no terreno, nomeadamente a MDM. Na presente dissertação também contamos com a ajuda destes grupos. Passamos a apresentá-los:

### **Grupo Mais Cidadania**

Associação juvenil não lucrativa, não governamental e apartidária. O objectivo é contribuir para o envolvimento responsável e activo dos jovens na sociedade e no processo democrático [Protocolo de Adesão Grupo Mais Cidadania ao CLSL, 2008].

### **Vitamina C**

Grupo que tem como objectivo vencer a resignação dos jovens, combater a exclusão social e os comportamentos anti-sociais. Realizam actividades que levam a cultivar a paz e o bem-estar social, com a participação activa dos jovens [Protocolo de Adesão do Grupo Vitamina C ao CLSL, 2008].

### **Grupo Associação de Jovens da Apelação (A.J.A.)**

Grupo com responsabilidade social, actuando junto das comunidades, desenvolvendo as suas actividades lúdico-pedagógicas, de forma a contribuir para o seu progresso e bem-estar [Protocolo de Adesão do Grupo Associação de Jovens da Apelação ao CLSL, 2008].

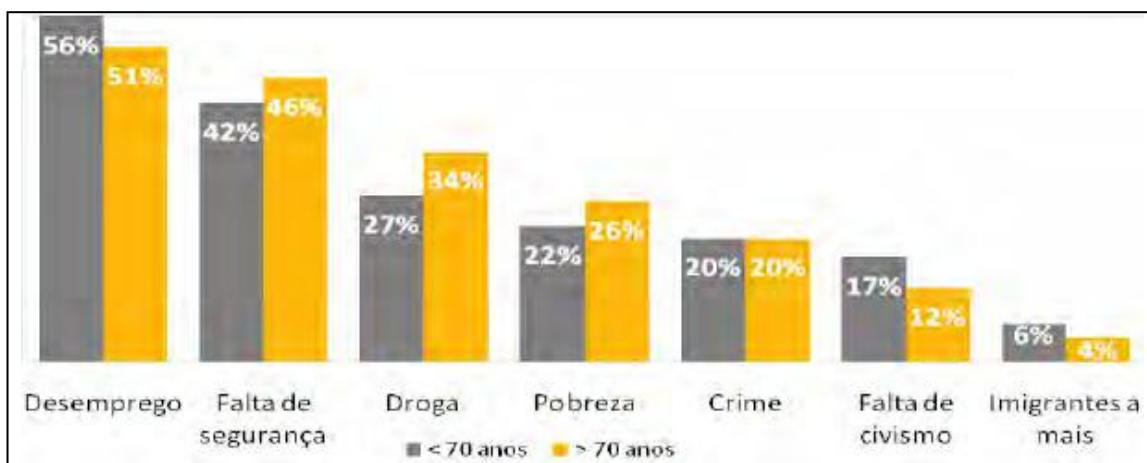
## **1.3. A visão dos habitantes do bairro**

Os residentes realojados foram espalhados pelos diversos edifícios sem qualquer critério concreto. As redes familiares e de vizinhança que existiam nos antigos bairros foram completamente ignoradas durante o processo de realojamento [Raposo, 2008].

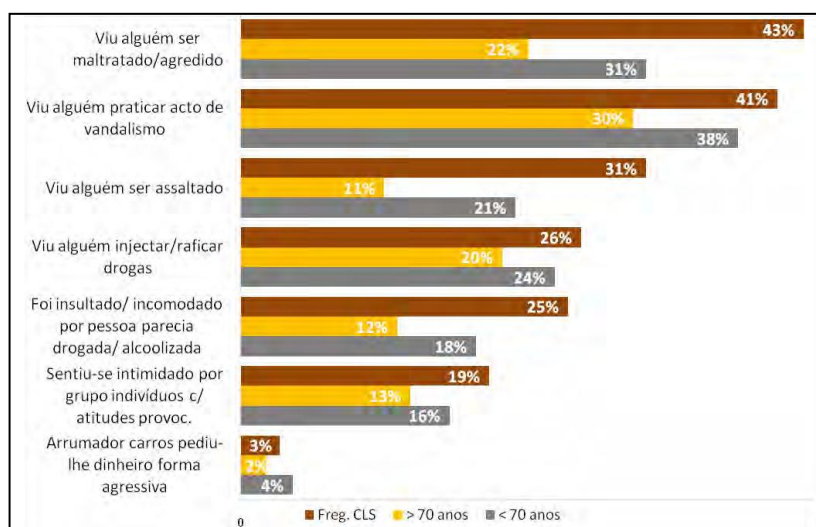
Para piorar a situação, “a população do Bairro Quinta da Fonte é considerada “um mundo à parte” pelos habitantes da chamada “Apelação Velha”. A imagem alastra-se ao restante país e são vários os habitantes do bairro que não conseguem arranjar trabalho, quando dizem onde moram” [Raposo, 2008]. E a queixas são muitas [Raposo, 2008]:

*“Todos os dias sofremos aqui com a pequena criminalidade: é assalto a automóveis, roubam viaturas e incendeiam-nas, assaltam casas em pleno dia, vão aos estabelecimentos comerciais e roubam, utilizam a força ... Mas miúdos! Miúdos de 12, 13, 14, que nós já começámos a dizer que já não são miúdos. Há também miúdos de 6, 7 e 8 anos. Depois, a polícia é chamada constantemente! O problema é que a polícia não pode fazer nada!”*

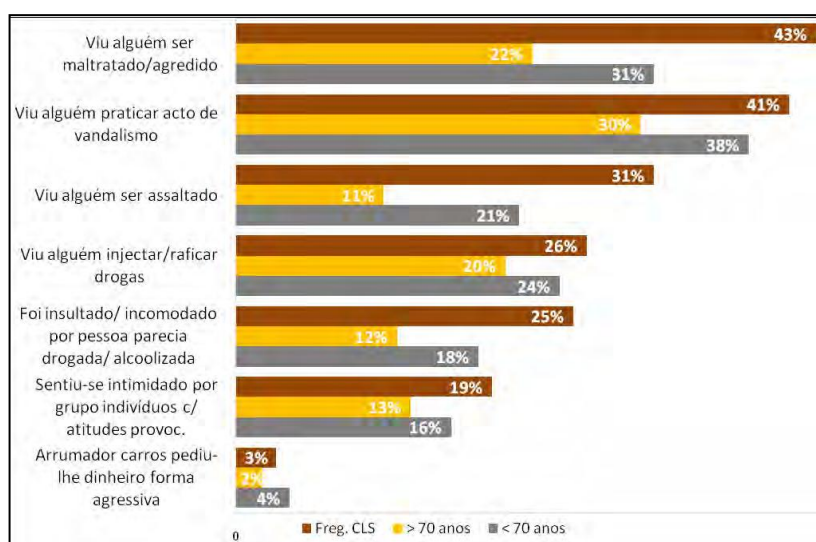
Testemunhos, como este, são confirmados no último inquérito realizado pelo Contrato Local de Segurança de Loures (CLSL) em 2010.



**Figura 12.** Factores de insegurança na Apelação, segundo o CLSL [Relatório de Segurança, 2009].



**Figura 13.** Percepção de insegurança por parte da população, segundo o CLSL [Relatório de Segurança, 2009].



**Figura 14.** Exposição a situações violentas, segundo o CLSL [Relatório de Segurança, 2009].

Note-se nas figuras 11, 12 e 13 que os habitantes referem, como principais delitos, as agressões, actos de vandalismo e assaltos. Quanto aos factores de insegurança, realçam-se a falta de policiamento, a falta de iluminação e a visita de pessoas de outros bairros. Esta imagem piorou desde o tiroteio entre membros das comunidades africanas e cigana, em 2008, e que foi alvo de grande mediatização durante várias semanas.

## **Parte III. Estudo Empírico**

### **Capítulo I – Enquadramento Metodológico**

#### **1. Objecto de investigação**

O enquadramento metodológico é imprescindível em qualquer trabalho de pesquisa. Um método implica a recolha de dados, a sistematização da informação através da análise e a interpretação do material de pesquisa recolhido [Moreira & Silva, 1994]. Na realidade, a definição de um método para a realização de qualquer tipo de trabalho é sempre importante, porque o investigador terá já uma linha de orientação definida, que lhe facilitará uma melhor recolha de informação e a respectiva análise.

#### ***Problemática de investigação:***

*“Qual é a percepção dos jovens africanos e luso-africanos, dos 14 aos 30 anos, residentes no Bairro Quinta da Fonte, sobre os materiais IEC, aplicados nas campanhas de prevenção das IST?”*

Esta é a pergunta que rege toda a nossa investigação. Será que estes jovens têm uma percepção positiva dos materiais IEC? Ou será que têm uma percepção negativa?

#### **1.1. Tipo de estudo**

Este estudo, descritivo e exploratório, baseia-se numa abordagem, metodologicamente qualitativa, pois o conteúdo a analisar é expresso por relatos. É um estudo descritivo e exploratório e as entrevistas foram utilizadas como fonte de informação. As respostas dadas no grupo focal foram analisadas com base na análise de conteúdo.

Esta técnica, de acordo com Bardin, é considerada “como um conjunto de técnicas de comunicação que visam a descrição do conteúdo das mensagens; indicadores que permitem a dedução de conhecimentos relativos às variáveis inferidas nessas mensagens” [Bardin, 2001]. Fortin refere que num estudo exploratório-descritivo, “o investigador visa acumular a maior quantidade de informação possível, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno e, como tal, devem ser escolhidos instrumentos de recolha de dados, como a observação, as entrevistas semi-estruturadas, o material de registo, entre outros.” [Fortin, 1999].

A utilização de uma técnica qualitativa, de instrumentos mais ricos e menos rígidos, mostrou-se mais adequada para alcançar factores irracionais, isto é, para designar factores que são apresentados como algo que existe mas que não pode ser apreendido pela razão. “Uma faceta, essencial, dos métodos de pesquisa qualitativos consiste no facto das explicações consideradas satisfatórias das actividades sociais requererem uma apreciação das perspectivas, culturas e visões do mundo dos autores envolvidos” [Moreira & Silva, 1994].

## **2. Técnicas e instrumentos de recolha de dados**

As técnicas são procedimentos operatórios rigorosos bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptadas ao tipo de problema e aos fenómenos em causa. A escolha das técnicas depende do objectivo que se quer atingir, o qual, por sua vez, está ligado ao método de trabalho [Carmo & Ferreira, 1998].

## 2.1. Entrevistas

Esta técnica permitiu um maior conhecimento da temática e da população-alvo. Albarello refere: “... o papel do entrevistador, numa óptica semi-directiva, pode ser delimitado nestes termos: segue a linha de pensamento do seu interlocutor, ao mesmo tempo que zela pela pertinência das afirmações relativamente ao objectivo da pesquisa, pela instauração de um clima de confiança e pelo controlo do impacto das condições sociais da interacção sobre a entrevista...” [Albarello, 1997] O mesmo autor refere, ainda, que “... na sua base encontra-se uma pesquisa exploratória, fase aberta na qual o investigador se situa como um verdadeiro explorador, se familiariza com uma situação ou um fenómeno e tenta descrevê-los e analisá-los. Nesta fase aberta, o investigador, graças ao raciocínio indutivo e, muitas vezes, também graças a numerosos factores inconscientes ou ocasionais, faz emergir uma hipótese entre várias alternativas, coerente com o corpo de conhecimentos anteriores bem estabelecidos” [Albarello, 1997].

As entrevistas foram presenciais, no caso da coordenadora do projecto “Saude Pa nos Bairro” da MdM e da enfermeira Catarina Sousa. Quanto aos coordenadores dos grupos só foi possível realizá-las por telefone, devido a constrangimentos de tempo da parte dos entrevistados e das investigadoras, que não se puderam dedicar a 100% a este trabalho de investigação por motivos profissionais. Todas estas entrevistas foram gravadas. No caso do Professor Paulo Moreira, a entrevista realizou-se por e-mail, já que o Professor se encontrava a residir e a trabalhar no estrangeiro.

### Entrevistados

**Paulo Moreira**, Director-Adjunto de Comunicação no *European Centre for Prevention and Control Disease* (ECDC)

**Catarina Sousa**, enfermeira no projecto “Saude Pa nos Bairro”

**Arlete Moreira**, Coordenadora do Projecto “Saude Pa nos Bairro”

**Professor Nuno Archer**, Coordenador do Grupo Cidadania do Bairro Quinta da Fonte

**Ricardo Domingues**, Coordenador do Grupo Vitamina C do Bairro Quinta da Fonte

**Délcio Martins**, Coordenador do Grupo A.J.A do Bairro Quinta da Fonte

## **2.2. Observação Directa**

Através desta técnica foi possível conhecer melhor a população-alvo do estudo. Com a ajuda da MdM, percorremos o Bairro Quinta da Fonte, observando o ambiente, os modos de vida, os hábitos e, para além de se ter conversado com os mais jovens. Esta técnica permite ter um conhecimento mais directo e fidedigno da população e da comunidade [Soares, 1994]. Com a observação directa, não só se conheceu o bairro, como se ganhou a confiança dos líderes locais que trabalham com a MdM, para além de termos captado a linguagem utilizada pelos jovens.

## **2.3. Grupo Focal**

A observação directa foi também uma ajuda para a outra técnica utilizada: o grupo focal. Esta técnica auxilia o pesquisador a conhecer a linguagem que a população usa para descrever as suas experiências, os seus valores, os seus estilos de pensamento e o processo de comunicação [Antoni *et al* , 2001].

Foi realizado um grupo focal, reunindo um rapaz e seis raparigas, entre os 14 e os 30 anos, africanos e luso-africanos que vivem no Bairro Quinta da Fonte. O trabalho de campo realizou-se no dia 21 de Agosto de 2009, na Casa da Cultura da Câmara Municipal de Loures que se situa no bairro.

A técnica costuma ser utilizada por cientistas sociais para revelar características de um grupo e dos indivíduos que o compõe, que outras não permitem alcançar ou quando não é possível adoptar outro tipo de técnicas [Merton & Kendall, 1990]. No caso desta dissertação, optámos, inicialmente, por realizar questionários, mas tal não foi possível devido à complexidade que se vive no bairro e ao tempo reduzido, de um ano, para realizarmos o trabalho.

O grupo focal tem raízes históricas em Robert King Merton, mas só começou a ser utilizado como forma de recolha de dados a partir da década de 80 do século passado, por parte dos cientistas sociais. Robert Merton defendia a ideia de que as perguntas fechadas nem sempre proporcionam respostas mais exactas, dizendo que os resultados das pesquisas podiam ser involuntariamente influenciados, por descuido ou omissão, aquando da construção de questionários. Além disso, o entrevistado fica limitado nas suas respostas, na sequência do controlo exercido pelo entrevistador e pelas respostas fechadas [Galego & Gomes, 2005].

Para responder a este problema, Merton começou a desenvolver, desde 1930, um sistema que consistia em pedir a um grupo, que descrevesse as suas experiências, no sentido de os investigadores poderem vir a ter acesso a novas linhas de reflexão [Saumure, 2001]. Em 1941 é organizado, então, o primeiro grupo focal no âmbito de um trabalho sobre audiências de rádio de Lazarsfeld [Galego & Gomes, 2005].

Esta técnica é, assim, considerada qualitativa e é uma forma de recolher dados. Apresenta quatro áreas distintas de actuação [Saumure, 2001]:

- Pesquisas de mercado
- Investigação científica

- Investigação *non-profit*
- Investigação acção participante

No fundo, a técnica privilegia a observação e o registo de experiências e reacções dos indivíduos participantes no grupo [Morgan, 1997]. Podemos, então, resumir desta forma as vantagens e as desvantagens dos grupos focais, de acordo com a investigadora Sónia Dias, responsável pelo módulo de formação “Métodos de Investigação Qualitativa em Saúde” do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, que teve lugar na sede da MDM no dia 3 de Novembro de 2008.

#### Vantagens dos grupos focais

- Os participantes envolvem-se na discussão e comunicam uns com os outros, em vez de dirigirem as suas respostas e comentários para o investigador, o que aumenta a riqueza dos dados;
- Menos distância psicológica entre participantes;
- Diminuição das barreiras entre os participantes e os moderadores;
- Eliminação de muitas defesas nas respostas;
- Os participantes não funcionam apenas como objecto de estudo, mas são dadores passivos de informação;
- Dá prioridade ao que os participantes hierarquizam como mais importante e potencia as suas capacidades para direccionar a conversação, segundo os seus interesses;
- Tópicos, ideias e tomadas de consciência que não surgiriam se a discussão fosse guiada pelas hipóteses e interpretações do entrevistador;

- O investigador decide que informação mais necessita;
- A comunicação contínua entre moderador e participantes (ligação entre o mundo do moderador e dos participantes);
- Observação dos comportamentos dos participantes;
- Eficaz na identificação de obstáculos que impedem ou desfavorecem a adesão aos comportamentos mais saudáveis;
- Perante a discussão gerada é possível que os participantes façam uma análise crítica dos comentários.

As desvantagens dos grupos focais:

- Inibição e restrição da informação pessoal ou confidencial;
- Silenciamento das opiniões que são discordantes face às da maioria do grupo, dada a natureza de exposição inerente à metodologia;
- Menor probabilidade das respostas dos participantes serem ouvidas ou haver um viés derivado da pressão para o conformismo, face às normas do grupo ou à necessidade de manter o comportamento socialmente desejável;
- De uma maneira geral, a generalização dos dados não é possível.

A nível dos estudos sobre VIH/SIDA há alguns factores que favorecem o uso dos grupos focais nos estudos realizados, já que os dados na área da sexualidade e da problemática das IST são construídos com base numa combinação de elementos subjectivos individuais, interpessoais e de estruturas sociais, económicas e culturais. Além do mais, os grupos focais permitem explorar e clarificar de que forma os possíveis indivíduos se

relacionam face às posições sociais e abordar tópicos sensíveis, ainda de acordo com as informações recolhidas na formação.

### **2.3.1. Aplicação do Grupo Focal no Bairro**

Tendo em conta que um grupo focal implica mais do que um entrevistador, tivemos o apoio de Everton Dalman, Coordenador de Projectos Humanitários da Zona de Lisboa e Vale do Tejo da MDM e de Rosa Pereira, responsável pela Comunicação e Eventos da MDM. A sessão do grupo focal foi orientada com base num guião constituído por 12 questões.

O grupo focal realizou-se em Agosto de 2009, na Casa da Cultura da Câmara Municipal de Loures, com sete jovens (um rapaz e seis raparigas), com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos, africanos e luso-africanos que vivem no Bairro Quinta da Fonte.

Com a finalidade de mobilizar os jovens que compõem a amostra, solicitámos, o apoio da equipa do projecto, dos líderes dos grupos de jovens (também eles jovens) do bairro e da Casa da Cultura. Para tal, procedemos, verbalmente e por escrito, ao esclarecimento dos objectivos do estudo, junto dos parceiros referidos, para conseguirmos um espaço para a sessão do grupo focal. Desta forma conseguimos, também, afixar cartazes, a convidar os jovens a participar numa sessão sobre VIH/SIDA, que terminava com um filme e um lanche. Os cartazes foram afixados em vários pontos do bairro, principalmente nos mais frequentados pelos jovens e os líderes dos grupos também enviaram o convite, via *e-mail*, aos amigos.

Com a ajuda do grupo Vitamina C, da Casa da Cultura e da MDM, agendámos o dia para a realização do grupo focal. Ao longo da sessão, que demorou uma hora e foi gravada com a autorização dos participantes, procurámos manter um clima de

privacidade, com recurso à escuta activa. Seguidamente, mostrámos um filme, de 22 minutos, sobre o trabalho de MDM em São Tomé, que aborda questões sobre VIH/SIDA, que são transversais a qualquer contexto.

Posteriormente, procedemos à audição e à respectiva transcrição integral, não tendo sido esquecido o número de registo atribuído a cada jovem participante, para facilitar a identificação e para manter a privacidade dos mesmos. Finalmente, procedemos à descrição dos dados recolhidos, analisámos os conteúdos e apresentámos as conclusões e recomendações. Recorremos à análise de conteúdo, tendo, também, como base para essa análise, toda a documentação referente à temática e às entrevistas realizadas.

Tentámos perceber em que condições foram dadas as respostas. “O que se procura estabelecer, quando se realiza uma análise conscientemente ou não, é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados” [Bardin, 2001].

A escolha de jovens com idades compreendidas entre os 14 e 30 anos justifica-se por ser o período mais favorável à intervenção preventiva, onde é possível actuar ao nível de comportamentos de risco e influenciar os jovens para a mudança comportamental. Para além disso, é nestas idades que as questões da sexualidade suscitam mais dúvidas e há uma maior vivência de um mundo de experimentação por parte dos jovens [Gaspar *et al*, 2006]. A opção por esta amostra partiu do pressuposto de que estes jovens são o público-alvo, neste bairro, dos materiais IEC. Estas acções sucedem, sobretudo, através da comunicação social, do APELARTE – Centro Comunitário da Apelação, do Gabinete de Saúde da Câmara Municipal de Loures, da MDM e do Agrupamento de Escolas da Apelação.

O método de amostragem utilizado para a selecção dos indivíduos foi o de amostragem por conveniência. De acordo com Carmo e Ferreira, “na amostragem por conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que estiver disponível, cujos resultados não podem, obviamente, ser generalizados à população, mas do qual se poderão obter informações preciosas. Apesar das limitações, os dados recolhidos não põe em causa a concretização dos objectivos da pesquisa” [Carmo & Ferreira, 1998].

### **2.3.2. Procedimentos éticos**

Qualquer investigação que inclua pessoas levanta questões de ordem moral e ética, que estão presentes desde que se determina o problema até à conclusão do estudo. Fortin refere que “a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e às liberdades das pessoas” [Fortin, 1999]. Foi garantido aos participantes que, a informação recolhida, apenas seria utilizada para a presente investigação e para o trabalho da MdM e foram, também, assegurados o anonimato e a confidencialidade das respostas.

### **2.3.3. Tratamento dos Dados**

Após a recolha dos dados necessários para a elaboração da investigação, efectuámos a sua análise e interpretação. As entrevistas foram utilizadas como fontes de informação mas, no caso do grupo focal, recorreremos à análise de conteúdo. De acordo com as orientações de Bardin, o tratamento dessas questões foi efectuado da seguinte forma: realizámos uma análise pormenorizada da informação em arquivo; e, após, a aplicação das entrevistas e da sessão do grupo focal, procedemos à sua audição integral e respectiva transcrição. Seguiu-se uma pré-análise para sistematizar ideias [Bardin, 2001].

### **3. Limitações metodológicas**

A grande limitação foi o tempo. A presente investigação tinha de ser elaborada apenas no período de um ano, apesar de não nos podermos dedicar a 100%, face às obrigações profissionais. No entanto, a principal limitação foi o acesso ao Bairro Quinta da Fonte. A MdM alertou-nos para alguns problemas de segurança que enfrentam associações e investigadores quando se deslocam ao bairro com o intuito de fazer um trabalho sobre o local e pediu-nos para só nos deslocarmos ao local com uma equipa MdM. Outro argumento apresentado pela ONG é o facto de a nossa intervenção poder, de alguma forma, saturar a população-alvo com actividades no âmbito das IST.

Assim o fizemos, apesar de não ter sido fácil conjugar uma ida ao bairro. Além das nossas obrigações profissionais, a MdM também teve dificuldades para conseguir coordenar o seu trabalho no bairro e as nossas necessidades de investigação. Houve ainda a agravante de este acesso só nos ser facilitado, por parte da MdM, de segunda-feira a sexta-feira.

Não optámos por outra via, pelo facto de a MdM ser uma ONG neutra e bastante respeitada no bairro e por recorrer, de forma mais sistematizada, a materiais IEC.

## **Parte IV. Resultados e discussão**

### **Capítulo I – Análise e discussão dos dados recolhidos**

#### **1. Entrevistas**

Relembremos que a pergunta de partida era:

*“Qual é a percepção dos jovens africanos e luso-africanos, dos 14 aos 30 anos, residentes no Bairro Quinta da Fonte, sobre os materiais IEC, aplicados nas campanhas de prevenção das IST?”*

Fazendo uma análise qualitativa das entrevistas, depreende-se que os materiais IEC são importantes, mas devem ser adaptados ao público-alvo, indo ao encontro dos vários determinantes em saúde. A criação destes mesmos materiais também deverá envolver a população, para que esta sinta que tem uma voz activa perante a problemática das IST. “As técnicas passam pelo envolvimento da população procurando auscultar e ouvir as necessidades e vontades de aprendizagem/educação. A proximidade conquistada nas acções e campanhas de rua potenciaram a relação de confiança e posterior envolvimento pessoal dos jovens nas acções. As dinâmicas de grupo utilizadas foram facilitadoras da partilha de saberes e troca de informação”, refere a coordenadora do “Saude Pa nos Bairro”, Arlete Moreira.

A relação de confiança, salientada nesta entrevista, é um ponto essencial na aproximação à população, também no entender da enfermeira Catarina Sousa. “Há, de facto, uma preocupação permanente de consertar a intervenção comunitária e individual, isto é, nas campanhas de rua e nas sessões individuais e de grupo. Há

jovens que são comuns a todas as acções, enquanto outros, pelas suas ocupações e interesses apenas são envolvidos num tipo de acção. Existem, ainda, muitos jovens que não frequentam a escola e passam grande parte do seu dia na rua. A mensagem que se passa é, em primeiro lugar, procurar o interesse e vontade de saber e aprender sobre VIH/SIDA; e em segundo lugar, informar acerca de VIH/SIDA, comportamentos de segurança e preventivos *versus* comportamentos de risco”, refere ainda a mesma responsável.

Note-se que a enfermeira destaca a necessidade de haver sempre uma preocupação de se chegar a todos os jovens, para que as campanhas que recorrem a materiais IEC não cheguem apenas ao público habitual. Por outras palavras, é preciso ir ao encontro dos jovens que não participam nas acções e que, por não frequentarem a escola e por passarem a maior parte do dia inactivos, correm mais riscos de virem a ter comportamentos de risco.

Esta partilha e esta participação dos jovens permite, no entender da coordenadora do projecto, dar *empowerment* à população, ou seja, “trabalha-se em conjunto com a comunidade e não só para a comunidade, envolvendo esta na participação activa das acções”. Nesta perspectiva participativa contribui-se no sentido de “ajudar a população a reflectir acerca do seu comportamento, de modo que, através do conhecimento, possa gerir a sua própria saúde”, como refere Arlete Moreira.

Todas estas acções desenvolvidas no bairro, contaram com a ajuda de parceiros, pois o trabalho em parceria potencia as acções desenvolvidas. “A rede de instituições e projectos de apoio à população lutam e trabalham com um mesmo fim e, muitas vezes, com meios semelhantes”, de acordo com a enfermeira. A responsável realça, ainda, o facto de a rede de parcerias institucionais contribuírem para o fortalecimento da participação dos jovens junto dos seus pares”.

O planeamento e o desenvolvimento das acções são pensados em rede com os agentes comunitários, tendo em conta as necessidades dos jovens e a percepção das necessidades decorrentes da auscultação realizada nas campanhas e nas acções de rua. Deste modo, a enfermeira considera que a continuidade das acções é fundamental para a sua eficácia.

Um trabalho de continuidade permite dar resposta às várias dúvidas e dificuldades que a população acaba por enfrentar à medida que adquire mais conhecimentos e que os tenta pôr em prática. Simultaneamente, é uma forma de evitar o excesso de informação, distribuída de forma descontinuada, que poderá levar a alguma confusão por parte da população-alvo, no entender de Nuno Archer, coordenador do Grupo Mais Cidadania. “As acções são muito espaçadas e pouco relacionadas com o dia-a-dia dos jovens. Eles têm acesso a muita informação. O que falta é a parte da afectividade. Há vários jovens que se dirigem a mim, como professor, para colocarem questões relacionadas com a afectividade e a tomada de decisões. Não nos podemos esquecer que estamos perante uma realidade cultural diferente, onde se vive a sexualidade de uma outra maneira”.

Os materiais IEC promovem o aumento de conhecimento nos jovens, segundo a MdM, “porque favorecem a partilha de conhecimentos, experiências, saberes e interesses. A troca e a partilha de tudo isto contribui para desenvolver e aumentar o conhecimento acerca da infecção por VIH e IST”. Nuno Archer também considera que estes materiais são essenciais na transmissão da mensagem. “As mensagens devem ser curtas e apelativas e as palestras devem envolver mais os jovens. Para isso, penso que seria importante ir ao encontro das suas necessidades, que passam muito pela afectividade. Outra ideia é optar por estratégias de Marketing Social. Na escola optámos uma vez por esta metodologia, embora numa área diferente, e as coisas estão

a correr muito bem. Nesse caso, optámos pelo reforço positivo e negativo e tem corrido mesmo muito bem”.

Paulo Moreira considera que os materiais IEC podem ser aplicados, mas em complementaridade com outras intervenções. Do seu ponto de vista, isso é uma dos cunhos mais importantes do Marketing Social em Saúde. “O que distingue o Marketing Social da perspectiva redutora assumida por alguns programas que apenas focam a comunicação (e nem sempre da melhor maneira), é que o modelo de Marketing Social desenvolve um misto de estímulo de comunicação em saúde, serviços comunitários e, eventualmente, produtos de forma a equilibrar, adaptar a oferta aos esforços necessários à mudança de comportamento e à sustentabilidade do mesmo.”

O problema, no entender de Paulo Moreira é que se aposta pouco nesta teoria de comunicação em Portugal, ao contrário do que já acontece noutros países, como Estados Unidos da América ou Reino Unido. “É bastante amadora a abordagem assumida. Os resultados não são positivos”. No seu entender deveria haver uma maior aposta nesta estratégia de comunicação. “As lições internacionais demonstram que a efectiva aplicação das técnicas de Marketing Social cria mais-valias na prevenção e na diminuição da incidência das IST em grupos específicos e comunidades claramente definidas”.

Ricardo Domingos, coordenador do Grupo Vitamina C, também concorda com o recurso a materiais IEC. “As mensagens devem ser curtas e claras para que se as decore facilmente. Penso que as peças de teatro também são importantes, principalmente se forem comédias”.

Uma questão focada por alguns entrevistados é o excesso de informação sem ser concertada com projectos de média e longa duração. Para além de Nuno Archer, o

coordenador do A.J.A, Délcio Martins, também considera que “já há muita informação”. “Penso que seria importante ter acções mais práticas, colocando os jovens a aprender a usar um preservativo, assim como outros métodos contraceptivos. Outra ideia é apostar em curiosidades. Qualquer coisa como: “Sabia que...”. Ideias curtas, mas informativas”.

## **2. Observação Directa**

Em visitas ao bairro e no contacto directo com os jovens foi possível conhecer melhor o bairro. Para isso contámos com a ajuda da MdM e de um membro do grupo Vitamina C. Esta técnica permite ter um conhecimento mais directo e fidedigno da população e da comunidade [Soares, 1994]. Com a observação directa não só se conheceu o bairro, como se ganhou a confiança dos líderes locais que trabalham com a MdM, para além de termos captado a linguagem utilizada pelos jovens.

As várias visitas ao bairro decorreram sempre num dia de semana e à tarde, quando os jovens se encontram na rua. As visitas realizaram-se em Julho e Agosto de 2009. Nas primeiras tivemos contacto com os líderes locais, nomeadamente com os coordenadores dos grupos de jovens e com a APELARTE – Centro Comunitário da Apelação. Após termos ganho confiança com membros do grupo Vitamina C, visitámos o bairro a pé, para conhecer os principais locais e ver como é o dia-a-dia dos seus habitantes. Optámos por este grupo por ter sido o que se mostrou mais aberto para nos ajudar no contacto com a população. Esta escolha não se baseou em qualquer outro tipo de critérios.

Há muitos jovens inactivos que passam horas sentados na rua, a fumar e a beber. Juntam-se em grupos e olham, com desconfiança, para quem tenta falar com eles e vive fora do bairro. Nas conversas que tivemos, alguns jovens do bairro diziam que se

preocupavam com o problema da infecção por VIH/SIDA e que usavam o preservativo. Outros brincavam com a situação e apontavam para alguns colegas dizendo:”Tu tens SIDA!”.

Em conversa com técnicos da MDM e da APELARTE – Centro Comunitário da Apelação, podemos perceber que os jovens têm muitas actividades ao seu dispor no bairro, mas “já não se interessam e preferem ficar sem fazer nada”. Uma das técnicas com quem falámos, de forma informal, dizia que “já nem um *workshop* de DJ os atrai. Organizámos um, por gostarem muito de música, e apareceram apenas duas pessoas, das que não costumam arranjar problemas”. No bairro conhecemos, também, jovens que costumam participar em acções de melhoramento do bairro, que nos diziam que “ a maioria não quer saber de nada e não aproveita as oportunidades que lhe são dadas”.

### 3. Grupo Focal

**Tabela 11.** Identificação e caracterização dos participantes na sessão do grupo focal

Nº entrev.	Idade	Sexo	Estado civil	Nacionalidade	Escolaridade	Com quem vive	País de origem dos pais	Profissão/Ocupação	Tempo de permanência em Portugal (em anos)	Tempo de permanência no bairro
1	15	F	solteiro	Portuguesa	Frequenta 11º Ano	NR	Cabo Verde	estudante	13	8
2	25	M	solteiro	Cabo-verdiana/Port.	6º Ano	NR	Cabo Verde	desempregado	12	12
3	15	F	solteiro	Portuguesa	Frequenta 11º Ano	NR	São Tomé e Príncipe	estudante	15	5
4	14	F	solteiro	Portuguesa	Frequenta 10º Ano	NR	Cabo Verde	estudante	12	1 mês
5	16	F	solteiro	Portuguesa	Frequenta 11º Ano	NR	Cabo Verde	estudante	16	10
6	21	F	solteiro	Cabo-verdiana	Frequenta 2º Ano Ensino Superior	NR	Cabo Verde	estudante	8	8
7	17	F	solteiro	Portuguesa	Frequenta 11º Ano	NR	Cabo Verde	estudante	17	17

Note-se, na tabela 11, que a maioria frequenta o Ensino Secundário e há, inclusive, o caso de uma rapariga que frequenta o Ensino Superior. Um dos jovens é de Cabo Verde, outro tem dupla nacionalidade e os restantes são portugueses. Todos eles têm família cabo-verdiana, exceptuando um, que tem família são-tomense. Na convivência entre todos, nota-se que há uma ligação muito forte. A excepção é a participante número 4, provavelmente por só estar no bairro desde há um mês. Devemos referir que esta participante se encontra em Portugal há 12 anos, logo, já foi alvo de campanhas com materiais IEC na escola, pois trata-se de uma prática frequente a nível escolar e que se insere nos objectivos do PNS 2004-2010. Na tabela 12, damos a conhecer os dados sócio-demográficos dos participantes.

**Tabela 12.** Informação recolhida na sessão do grupo focal, realizado em 21 de Agosto de 2009, segundo as variáveis a serem utilizadas na Análise de Conteúdo.

<b>N.º entrevistado</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Tempo de permanência no bairro</b>
1	15	Frequência 11º Ano	estudante	8
2	25	6º Ano	desempregado	12
3	15	Frequência 11º Ano	estudante	5
4	14	Frequência 10º Ano	estudante	10
5	16	Frequenta 11º Ano	estudante	1 mês
6	21	2º ano de Ensino Superior	estudante	8
7	17	Frequência 11º Ano	estudante	17

Como se pode observar na tabela 12, todos estão a estudar, excepto o elemento do sexo masculino, que se encontra desempregado. Quem tem menos escolaridade é precisamente este elemento. Os restantes elementos estudam e, no caso do nº 6, frequenta já o Ensino Superior. Exceptuando o nº 4, todos moram no bairro, em média, há 10 anos.

Optou-se por se falar da questão das IST, nomeadamente da infecção por VIH/Sida, para se ter uma noção dos conhecimentos destes jovens. Como se poderá ver, há várias arestas a limar, mas já todos foram alvo ou estiveram envolvidos em campanhas sobre IST. De seguida, colocaram-se questões mais relacionadas com o material utilizado nas campanhas e, no final, tentou-se perceber onde os jovens encontraram materiais de informação sobre IST.

Note-se que, em nenhuma altura, se utilizou a expressão IEC, já que o objectivo era tentar ouvir a opinião dos jovens sobre os materiais que já viram ou gostariam de ver em campanhas sobre as IST. Caso se mencionasse IEC, inevitavelmente, teríamos de explicar o seu significado e dar exemplos, o que condicionaria a informação que iria ser recolhida.

Analisemos, agora, cada uma das questões.

### **1- Como tiveram conhecimento de VIH/SIDA?**

Nº 1 – Em palestras.

Nº 2 – Em folhetos.

Nº 3 - Na escola, na rádio e vi cartazes no bairro. Em casa dos amigos também vi alguma informação e nos aeroportos.

Nº 4 – Nos jornais.

Nº 5 – Na televisão, noutros meios de comunicação social e através de cartazes.

Ouvindo outras pessoas a falarem disso

Nº 6 – Através do médico de família.

Nº 7 – Em programas de televisão e em livros.

Análise das respostas:

Os jovens têm acesso a informação sobre a infecção por VIH/SIDA através de diversas acções que costumam recorrer a acções IEC: meios de comunicação social, livros, panfletos, palestras e jornais. Muitas destas campanhas ocorrem nos locais que costumam frequentar. No caso da escola, os jovens são alvo das campanhas realizadas no Agrupamento de Escolas da Apelação com a ajuda do Gabinete de Saúde da Câmara Municipal de Loures.

**2– Sabem como se apanha Sida e como se pode evitar?**

Nº 1 – Objectos cortantes.

Nº 2 – Contacto com o sangue.

Nº 3 – Através de feridas, da roupa interior, de agulhas infectadas.

Nº 5 – Mordidas... com os dentes.

Nº 6 – Através da saliva? Sim... da saliva e de objectos cortantes.

Nº 7 – Transfusões de sangue.

Nº 3 – Não se transmite pela saliva!

Nº 2 – Pois não! Não se transmite pela saliva!

Análise das respostas:

Todos responderam, excepto a n.º 4, que se mostrou sempre muito tímida no decorrer da sessão. Provavelmente por ser a moradora mais recente no bairro, dos jovens que constituíam o grupo. De qualquer forma, há sempre a possibilidade de não saber a resposta. Nesta questão há duas respostas que revelam falhas graves no conhecimento da infecção por VIH/SIDA, como é o caso do elemento nº 3 e do elemento nº 6.

Apesar de a primeira frequentar o 11º ano e a segunda ser estudante universitária, responderam, respectivamente, que a infecção por VIH se pode contrair através de roupa interior e saliva.

*Para evitar...*

Nº 1 – Deve-se evitar objectos cortantes e é importante termos informação.

Nº 2 – Usando o preservativo.

Nº 3 – Usando o preservativo e tendo muito cuidado com quem tem sida. Devemos também ter cuidados pessoais de higiene.

Nº 4 – Apanha-se se tivermos feridas que ficam em contacto com sangue...

Análise das respostas:

Apesar de mencionarem o preservativo, os objectos cortantes e o contacto com sangue, os jovens demonstram ter um conhecimento confuso sobre os meios de prevenção. É de salientar a resposta do elemento nº 3, quando se refere que é necessário ter “muito cuidado com quem tem SIDA”. Esta resposta demonstra que esta participante não sabe que a infecção por VIH não se vê na cara das pessoas, para além de se denotar um estigma em relação aos infectados por VIH. Note-se que a maioria dos participantes não responderam, o que poderá indiciar desconhecimento.

### **3 – Conhecem outras doenças que se transmitem através de relações sexuais?**

Nº 1 – Hepatite, cancro, tuberculose, cólera, paludismo e... não me lembro de mais.

Mas há mais...

Nº 2 – Hepatites, paludismo, cólera e... não me lembro de mais.

Nº 3 – Aquela doença do colo do útero, gripe A e gonorreia.

Nº 5 – Gonorreia.

Nº 7 – Hepatites e sífilis.

Análise das respostas:

Conhecem algumas IST, para além da infecção por VIH/Sida, como a sífilis e a gonorreia. Mas o conhecimento continua a ser escasso. Além de nem todos terem respondido, há quem refira “aquela doença do cancro do colo do útero”, o que demonstra falta de assimilação da mensagem sobre o HPV. Quando se fala em hepatite também não se sabe de qual estão a falar.

Mais uma vez, nem todos participaram. O elemento nº1 revela um total desconhecimento de outras IST, para além da infecção por VIH/Sida. Refere-se à hepatite, mas também não refere qual delas. Apresenta outras doenças que não são IST, como cancro, cólera e paludismo. Nos dois últimos casos refere-se a doenças habituais em África – é cabo-verdiana – e, no caso do cancro, revela um total desconhecimento sobre esta doença, que não é, em geral, adquirida através de infecções. O nº 2, o elemento mais velho e com menos escolaridade, também fala sobre doenças africanas e sobre hepatites, sem saber qual delas é uma IST. O nº 3 refere ainda a gripe A, que é transmissível, mas não é uma IST.

#### **4- Como se transmitem e como podem evitá-las?**

*Como se transmitem.*

Nº 2 – Sim, é perigoso dar a mão a quem tem hepatite.

Nº 3 – E nos corrimões do metro e de outros transportes. Também através do beijo e nas casas-de-banho.

Nº 4 - Não usar métodos contraceptivos, o preservativo...

Nº 7 – A hepatite transmite-se através do suor e da saliva.

**Todos** – Através do sexo.

Análise das respostas:

Os jovens incidem mais na hepatite, embora não especifiquem a qual delas se referem.

É mais uma questão com poucos participantes.

*Como se pode evitar...*

Nº 4 – Deve-se usar preservativo.

Nº 5 – Ter boa informação para sabermos o que fazer.

Nº 7 – Devemos ter uma boa higiene íntima no caso da sífilis.

Análise das respostas:

Tivemos apenas três respostas, sendo que os jovens que deram a sua opinião demonstraram ter conhecimentos sobre a transmissão de IST. O jovem com a identificação n.º5 destacou uma vertente importante da Comunicação e Educação para a Saúde: “ter boa informação”. Mas o n.º7 revela desconhecimento face à sífilis, pensando que uma boa higiene íntima é um meio de evitar a transmissão desta IST.

**5 – O que pensam da utilização de preservativos?**

Nº 5 – É essencial.

Nº 7 – É um bem necessário.

Nº 6 – É uma maneira de nos protegermos e de protegermos os outros.

Nº 5 – Devia ser indispensável.

Nº 2 – Deve-se ter cuidado com as unhas ao tirar o preservativo.

Nº 7- E quando se deita fora...

Nº 6 – Os jovens têm consciência de que devem usar o preservativo, mas o problema é fazê-lo.

Nº 4 – O preservativo é utilizado para evitar a gravidez. O pessoal não pensa tanto nas doenças.

Nº 3 – É uma maneira de evitar a SIDA.

Nº 2 – Há quem não use, porque não gosta.

Nº 3 – Então se não gostam vão para a cova... Se não gosta, passa... Também há quem seja alérgico...

Nº 6 – Também há o medo de não serem aceites e de serem discriminados.

Nº 3 – Pois, os chinocas ainda não encontraram umas ervinhas para curar a Sida [ri-se, assim como todos os outros]

Nº 1 – Mas há o preservativo feminino se o homem não quiser usar...

Nº 3 – O preservativo feminino é muito caro! Fiz um trabalho na escola sobre preservativos e tive de comprar um para mostrar na aula. 10 Euros! Muito caro!

Nº 4 – Por isso é que as damas não o usam!

Nº 3 – Se são caros, não se usa.

Nº 5 – Pois, mas esses 10 euros podem salvar a tua vida! Se querem que tudo corra bem, façam as coisas bem.

#### Análise das respostas:

Têm conhecimentos sobre o preservativo, distribuído em campanhas que recorrem a materiais IEC. No caso do preservativo feminino demonstraram não saber que este já é distribuído de forma gratuita nos Centro de Saúde.

#### **6 – Aqui no bairro são distribuídos preservativos? Quem os distribui?**

Nº 1 – Quando há palestras também distribuem preservativos.

Nº 2 – Sim, distribuem. Na Apelarte e nos Médicos do Mundo.

Nº 3 – Sim, nos Médicos do Mundo.

Nº 6 – Aqui no bairro não há. Nas campanhas da escola é que há.

Nº 6 – O feminino também?

Nº 2 – Sim. Desde que não se gaste 10 euros...

Análise das respostas:

Os jovens referem-se às diferentes entidades promotoras de campanhas, ou seja, o que passa é a mensagem e não a entidade envolvida.

**7- Já receberam materiais informativos ou já assistiram a acções sobre a prevenção das doenças que se transmitem sexualmente? Participaram na elaboração desses materiais e acções?**

Nº 3 – Na escola, principalmente no 9º ano.

Nº 7 – Através das equipas que vão às escolas.

Nº 4/Nº 1/ Nº 3 – Já recebi folhetos.

Nº 7 – Assisti a peças de teatro na escola.

Nº 1 – Em casa leio os folhetos que recebo.

Nº 6 – Nas revistas também se vê alguma informação.

Nº 3 – E nos livros da escola.

Nº 7 – E há um programa na televisão sobre SIDA ...

Nº 3 – O que mais me irrita nesses programas é que só falam de África, mas a SIDA existe no mundo inteiro.

Nº 2 e Nº 5 – Sim, também há aqui em Portugal.

Nº 4 – Concordo.

Nº 6 – O problema é que aqui o preservativo é utilizado para evitar a gravidez. Em África não. Lá tem que se ter muitos filhos.

Nº 1 – Lá há menos condições. Os filhos são uma ajuda.

Nº 4 – Também há quem tenha uma mentalidade atrasada.

Nº 5 – Lá há pouca coisa para fazer ... Se os filhos fossem para a escola, teriam mais informação e podiam prevenir-se mais. Lá fazem campanhas de porta de porta. Até concordo com isso, mas depende muito da situação. As pessoas já têm informação, mas fingem não saber e não ligam a nada.

Nº 3 – Sim, através dos amigos, da televisão, da escola e do porta a porta pode-se dar informação.

Nº 2 – Prefiro o porta a porta.

Nº 6 – O problema é que os jovens não ligam ...

Nº 2 – Os mais cotas é que não sabem ...

Nº 4 – Ou fingem não saber.

Nº 6 – Não são apenas os cotas. Os jovens também não ligam.

#### Análise das respostas:

Todos os jovens participantes na sessão deram o seu contributo. Afirmam que têm conhecimento de materiais para a prevenção da infecção por VIH/SIDA e outras IST e já participaram nas campanhas da escola. Tiveram também acesso a informação através de vários meios e materiais: folhetos, peças de teatro, revistas, programas na escola, acções porta-a-porta, entre outros.

#### **8- Recordam-se de alguma mensagem passada aqui no bairro para a prevenção do VIH/SIDA?**

Nº 1 – São tantos ...

Nº 2 – Não me lembro bem, mas vi mensagens... Também vi aí no bairro umas carrinhas [unidades móveis da Câmara Municipal de Loures] para tirarem sangue e fazer o teste ...

Nº 3 – Não sei ...

Nº 4 – Acho que já vi uma: “Use preservativo, lute contra a SIDA”

Nº 6 – “Sem Sida há vida”

#### Resumo das respostas:

A maioria dos jovens não se lembra das mensagens, mas tem a noção de que as campanhas costumam ter um *slogan* a alertar, sobretudo para a infecção por VIH/SIDA e para o uso do preservativo.

#### **9- Quem é responsável pela criação/distribuição dos materiais e mensagens?**

Nº 1 – Na médica da escola.

Nº 2 – Nas ONG, nos Médicos do Mundo... Na Apelarte [espaço de actividades no bairro].

Nº 3 – O governo, a UNICEF, a Cruz Vermelha, a Mão Amiga, a AMI, a ONU ...

Nº 5 - Vi alguma coisa na televisão.

Nº 6 – Nas escolas e na televisão.

#### Análise das respostas:

Os jovens não dão importância à entidade envolvida. Aliás, a participante nº 3 enumera várias ONG e organismos de forma aleatória, sem ter noção se as entidades mencionadas têm projectos de prevenção na área das IST.

**10- De que forma é que estes materiais aumentaram os seus conhecimentos sobre VIH/SIDA e as outras IST?**

Nº 2 – Temos de prevenir o amanhã e não nos lembrarmos só do hoje.

Nº 6 – O facto de conhecer casos reais leva-me a pensar mais sobre o problema. Ao conhecermos, passamos, também, a palavra.

*Todos os outros acenaram com a cabeça, concordando.*

Análise das respostas:

A informação é importante para terem mais conhecimentos e o participante n.º 6 refere que as campanhas levam a pensar mais sobre este problema.

**11 – Que tipo de material ou acções se devem utilizar nas campanhas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis**

Nº 5 – Panfletos, música... Em Cabo Verde usa-se a música. E olhem que fica no ouvido.

Nº 3 – Na rádio e na Internet.

Nº 4 – Música. É isso.

Nº 2 – Música não.

Nº 5 – Através da televisão, porque os jovens não gostam de ler. Se puserem um anúncio curto antes de um jogo de futebol, por exemplo, é mais fácil para os jovens verem e ficarem com isso na cabeça. Outra ideia é usar exemplos na telenovela.

Nº 3 – Usar pin. Como aquele do laço. Aí eu olho e penso: "Tenho de me proteger!".

Nº 7 – Através de peças de teatro, mas peças de comédia.

Nº 3 – Concordo.

Nº 7 – Na escola há peças de teatro todos os anos sobre sida.

Análise das respostas:

As ideias foram apenas dos participantes. Em nenhuma fase se lhes falou em materiais IEC. Mas, como se pode depreender das respostas, os jovens têm uma percepção muito positiva de todo o material IEC, como música, peças de teatro, panfletos que tenham informação atractiva para se ler em casa, Internet ou exemplos em telenovelas.

As afirmações dos jovens apontam para o facto de já terem tido conhecimento de algumas acções, mas têm dúvidas em relação às mensagens. Um jovem diz ter visto mensagens mas não recorda o conteúdo; outro jovem afirmou que existem várias acções no bairro, mas não consegue identificar nenhuma; três jovens dizem que já viram mensagens no bairro e fazem referência às mesmas, mas sem certezas.

## **12 – Qual é a importância de se ter conhecimentos sobre VIH/SIDA e outras IST?**

Nº 1 – Assim podemos proteger-nos.

Nº 5/Nº 4 – Protegemo-nos e protegemos os outros. Se fizeres porcarias é por que és ignorante.

Nº 3 – Sim, se fizeres porcarias depois de teres informação, a culpa é tua.

Nº 5 – Também é importante saber se a pessoa está infectada.

Nº 1 – Sim, ajuda a ajudar os outros.

Nº 3 – Se gosto mesmo de mim, não me vou prejudicar. Tenho amor à vida.

Nº 7 – À tua é à dos outros.

Nº 5 – O problema não está no sexo, mas na cabeça das pessoas.

Nº 4 – Sim, depende da mente da pessoa.

Nº 3 – E do meio onde vive .... Mas, alguns não querem saber...

Análise das respostas:

O participante n.º 5 refere a importância de se saber se a pessoa está infectada. Neste caso demonstra falta de conhecimento sobre a infecção por VIH/SIDA e revela falta de sensibilização face à não discriminação de quem é portador sobre a infecção por VIH. Os jovens revelam que é importante ter conhecimentos sobre IST e focam-se num ponto essencial relativamente aos materiais IEC: comunicar aos outros o que aprenderam. Referem, também, a discrepância que existe entre o conhecimento e o comportamento. Relativamente a este, o n.º 3 refere que os comportamentos de risco são culpa de quem os pratica.

## Parte V. Conclusões e sugestões

Como se pode depreender das respostas no grupo focal, os jovens têm uma percepção muito positiva face aos materiais IEC, como música, peças de teatro, panfletos que tenham informação atractiva para se ler em casa, Internet ou exemplos em telenovelas. Nesta questão é de realçar algumas das respostas:

*“Em Cabo Verde usa-se a música. E olhem que fica no ouvido.”*

*“Através da televisão, porque os jovens não gostam de ler. Se puserem um anúncio curto antes de um jogo de futebol, por exemplo, é mais fácil para os jovens verem e ficarem com isso na cabeça. Outra ideia é usar exemplos na telenovela.”*

*“Usar pin. Como aquele do laço. Ai eu olho e penso:”Tenho de me proteger!”.*

Nestas três respostas está contida uma ideia-chave da Comunicação em Saúde, nomeadamente das mensagens IEC, utilizadas no âmbito do Marketing Social em Saúde: a atenção. Os jovens gostam destes materiais, porque captam-lhes a atenção e ajuda-os a “ficarem com a mensagem no ouvido” [Swann, 2008].

Independentemente desta percepção, os conhecimentos não são os mais sólidos e os *slogans* “não ficam no ouvido”, como se pode depreender das respostas dadas no grupo focal. Eles continuam a apresentar falhas graves no conhecimento sobre IST, como acharem que a infecção por VIH/SIDA se transmite pela saliva ou através de roupa interior. Apesar das várias campanhas, os jovens continuam a ter dúvidas, o que se nota ao não se ter respostas de todos os entrevistados nas questões que exigiam uma resposta mais concreta.

Isto demonstra como os materiais IEC, *per si*, não são suficientes para que haja mais conhecimento sobre a questão. É preciso ter um conhecimento mais vasto dos vários determinantes em saúde e deve haver mais intervenção a médio e longo prazo. O *empowerment* acaba por ser um processo e não uma única acção em determinado tempo e espaço. Não se capacita as pessoas com uma única intervenção, mas ao longo de um certo percurso que conjuga os diferentes determinantes [Freire, 2000]. Trata-se de um “processo contínuo que oferece uma percepção na maneira pela qual as pessoas são capacitadas, gradualmente, maximizando-se o seu potencial de progredir da acção individual para a colectiva, promovendo mudanças sociais e políticas” [Wallerstein & Duran, 2006].

Esta questão destacou-se, também, nas entrevistas, como se pode ver nestes excertos:

*“A continuidade das acções é fundamental para a sua eficácia.”*

**Arlete Moreira, Coordenadora do Projecto “Saúde Pa nos Bairro”**

*“Há uma preocupação permanente de consertar a intervenção comunitária e individual nas campanhas de rua e nas sessões individuais e de grupo. Há jovens que são comuns a todas as acções. No entanto, há outros que pelas suas ocupações e interesses apenas são envolvidos num tipo de acção. Há ainda muitos jovens que não frequentam a escola e passam grande parte do seu dia na rua. A mensagem que se passa é, em primeiro lugar, procurar o interesse e vontade de saber e aprender acerca do VIH/SIDA; e em segundo lugar, informar acerca do VIH/SIDA, comportamentos de segurança e preventivos versus comportamentos de risco.”*

**Catarina Sousa, Enfermeira no “Saúde Pa nos Bairro”**

*“No entanto, acho que estas acções são muito espaçadas e pouco relacionadas com o dia-a-dia dos jovens”*

**Nuno Archer, Coordenador do Grupo Cidadania**

Outra resposta a destacar é a do elemento n.º 3 do grupo focal, quando refere que as IST se podem evitar se se tiverem cuidados pessoais de higiene, para além de ser necessário “ter muito cuidado com quem tem SIDA”. Esta última expressão denota falta de conhecimento sobre a forma de contágio da infecção por VIH/SIDA, mas também se pode concluir que as campanhas têm de se focar na não discriminação dos infectados por VIH e doentes com sida, assim como na desmistificação da ideia de que a SIDA se vê na cara das pessoas.

Os jovens revelam conhecimento sobre o preservativo, distribuído em campanhas que recorreram a materiais IEC, o que indica que estas lhes chamaram a atenção. No entanto, no caso do preservativo feminino demonstraram não saber que este já é distribuído de forma gratuita no centro de saúde.

Perante estes resultados podemos concluir que se torna essencial o recurso ao Marketing Social em Saúde quando se realizam acções de Educação para a Saúde, recorrendo a materiais IEC. Tanto os entrevistados como os jovens reconhecem, intrinsecamente, ou não, que é essencial transmitir mensagens de saúde que vão, de facto, ao encontro das expectativas e necessidades da população-alvo, tendo em conta os aspectos sociais, económicos, familiares, culturais e ambientais. Note-se esta resposta de Nuno Archer.

“No entanto, acho que estas acções são muito espaçadas e pouco relacionadas com o dia-a-dia dos jovens. Eles têm acesso a muita informação.” A mesma conclusão foi apresentada no Relatório sobre “Sexualidades em Portugal no Século XXI” [Villaverde & Ferreira, 2010]. *“O conhecimento das práticas sexuais, escolha de parceiros e dos meios de prevenção é um problema de saúde pública; as práticas sexuais, todavia, devem ser entendidas no quadro das relações sociais. É por isso imprescindível*

*abordar os comportamentos sexuais considerando os valores e atitudes que rodeiam a sexualidade”* [Associação para o Planeamento Familiar, 2010].

Os jovens revelam, ao longo do grupo focal, que já foram alvo de várias campanhas espaçadas, cada uma com um determinada estratégia de comunicação, apesar de a mensagem ser a mesma. Uma possível solução para evitar este espaçamento e este “excesso de informação” e, até a possível iliteracia em saúde, é o Marketing Social em Saúde. Através desta teoria da comunicação é possível responder aos quatro P que ajudam a formular uma estratégia que se adequa à população-alvo. Esta teoria da comunicação tem-se revelado um sucesso em vários países, principalmente, quando é utilizada em campanhas para públicos-alvo muito específicos, como é o caso da população em estudo nesta investigação.

E os quatro P podem ser respondidos com base na Teoria *Behave Framework*. Com esta teoria é possível fazer uma avaliação das campanhas que estão a decorrer, para que se possam corrigir falhas, dar respostas a questões que surgem no decorrer da campanha e para que os profissionais, inseridos numa equipa multidisciplinar, possam adaptar a campanha à medida que vão ganhando a confiança da população-alvo. Assim, poderão passar de uma estratégia colectiva para uma mais individualizada. Aliás, esta monitorização é um dos pontos-chave do Marketing Social em Saúde.

Desta forma, é possível ir ao encontro dos vários determinantes em saúde e até das necessidades individuais e dos pares, tendo em conta que a vida sexual não envolve apenas um indivíduo. A sexualidade é, sobretudo, afectividade e os jovens procuram respostas aos seus porquês. Em campanhas de curto prazo e que não levam a um envolvimento da população, não se consegue dar resposta às questões mais individuais de cada ser humano e/ou de cada casal.

Quando falamos em equipas multidisciplinares, estamos a focar-nos nos mais variados profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, sociólogos e técnicos de comunicação. Outros profissionais poderão fazer parte das equipas, consoante as necessidades existentes. Quanto aos técnicos de comunicação refiro-me aos técnicos de Comunicação em Saúde. Como refere Paulo Moreira, falta formação nesta área em Portugal, mas estes profissionais seriam uma mais-valia para as campanhas, pelos conhecimentos que têm sobre comunicação e saúde.

Obviamente, temos em atenção que não há verbas suficientes para entidades como as ONG poderem contratar técnicos especializados em Comunicação em Saúde e com conhecimentos em Marketing Social em Saúde. Mas a solução poderá estar em actividades *pro bono*, pelo menos, numa fase inicial. No Marketing Social em Saúde há uma convergência entre vários parceiros, para se conseguir “vender” saúde. Um desses parceiros pode sempre ser as faculdades.

Em Portugal só a Escola Nacional de Saúde Pública tem um módulo de Marketing Social em Saúde, logo poder-se-ia conjugar o conhecimento desta escola para se dar formação às ONG, de forma gratuita. Numa fase inicial, seria, pelo menos, uma possível estratégia para se conseguir formar mais profissionais que saibam comunicar em saúde de forma concertada e em projectos de médio e longo prazo.

Nestas formações chamamos a atenção para a importância dos psicólogos, já que a afectividade é das questões mais importantes na prevenção das IST, e faz parte das directrizes da disciplina de Educação Sexual [Associação para o Planeamento Familiar, 2010].

Esta ideia pode parecer “ingénua”, *a priori*, mas a verdade é que há muitos exemplos de iniciativas que só conseguiram provar a sua importância, começando com acções de voluntariado.

No que diz respeito ao Bairro Quinta da Fonte, chamou-nos a atenção o facto de os coordenadores de jovens não estarem muito envolvidos nas campanhas de prevenção do VIH/SIDA e outras IST. Com o envolvimento dos coordenadores é mais fácil chegar a mais jovens. Além disso, é essencial organizar campanhas que se foquem mais em todas as IST e não apenas no VIH/SIDA. Esta é inclusive uma recomendação da OMS para o quadriénio 2006-2014.

Por fim, deixamos, ainda, uma sugestão mais académica. Seria importante perceber a razão pela qual os jovens não mudam os seus comportamentos de risco, após a aquisição de conhecimento.

## Referências bibliográficas

- Actas da Conferência de Évora - Determinantes da Saúde na União Europeia – (2000). *Ministério da Saúde*. Lisboa.
- Albarello L (1997). Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa. *Gradiva*. p. 84-116
- Almeida LPG (2007). Política de recursos humanos em saúde: análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde. Dissertação Mestrado em Enfermagem. *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo*. p. 94
- Andreasen AR (1995). Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment. *San Francisco: Jossey-Bass*. p.321-331
- Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010 (2010). *EDCD*. (Disponível em [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1011\\_SUR\\_Annual\\_Epidemiological\\_Report\\_on\\_Communicable\\_Diseases\\_in\\_Europe.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1011_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf), acessado em 4 de Fevereiro de 2010)
- Antoni C, Martins C, Ferronato MA, Simões A, Maurense V, Costa F, Koller R (2001). Grupo focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 53: 38-53
- Applying Behave Framework (2004). *Academy for Educational Development*. (Disponível em <http://www.globalhealthcommunication.org/tools/54>, acessado em 22 de Novembro de 2008)
- Associação para o Planeamento Familiar (2010). Infecções Sexualmente Transmissíveis. (Disponível em <http://www.apf.pt/?area=001&mid=007>, acessado em 28 de Janeiro de 2010)
- Bardin L (2001). Análise de Conteúdo. Edições 70. Lisboa
- Caeiro A (2004). Investigação sobre a caracterização da população do bairro da Quinta da Fonte. *GARSE/Loures Observa*
- Carmo H, Ferreira MM (1998). Metodologia da Investigação, Guia para Auto-aprendizagem. *Universidade Aberta*. Lisboa
- Carvalho S, Gastaldo D (2008). Promoção em Saúde e Empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Cidade Universitária Zeferino Vaz. *Universidade de Toronto*. Canadá. p: 30-45

- Charlotte M, Fitzjohn J, Herbisson P, Dickson N (2000). The Determinants of Sexual Intercourse Before Age 16. *Journal of Adolescent Health*. 27: 136-174
- Costa C, Garcia AC, Rascoa C *et al* (2007). Avaliação económica do Gardasil®. *Escola Nacional de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa.
- Dalghren G, Whitehead M (2006). Levelling up: Concepts and principles for tackling social inequities in health. Part 2. *Organização Mundial de Saúde*. p. 8-12
- Declaração de Adelaide (1988). *OMS* (Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>, acedido em 27 de Julho de 2009)
- Declaração de Alma-Ata: Saúde Para Todos no Ano 2000 – 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1978). *OMS* (Disponível em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) , acedido em 27 de Julho de 2009)
- Declaração de Jacarta: Promoção da saúde no Século XXI (1997). *OMS* (Disponível em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf), acedido em 27 de Julho de 2009)
- Declaração de Sundvall: Ambientes Favoráveis à Saúde (1991). *OMS*. (Disponível em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundvall\\_statement.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundvall_statement.pdf), acedido em 27 de Julho de 2009)
- Downie RS, Fyfe C, Tannahill A (1990). *Oxford University Press*
- Educación para la Salud – Guía Práctica para los Proyectos de Salud. *Médicos do Mundo* (2001). (Disponível em <http://www.mdm-scd.org/media/00/01/1704763225.2.pdf>, acedido em 23 de Novembro de 2010)
- Enciclopédia Britânica (2007). (Disponível em <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/747012/health-and-medicine>, acedido em 27 de Janeiro de 2009)
- Enciclopédia Digital (2002). Brasil. (Disponível em <http://www.guia.heu.nom.br/saude.htm>, acedido em 24 de Maio de 2009)
- Ferrinho P, Bugalho M, Miguel PJ (eds) (2008). For Better Health in Europe. Vol 1. *Fundação Merck Sharp&Dohme*. Lisboa
- Fórum Nacional de Saúde – Implementação do PNS (2007). *Alto Comissariado da Saúde*. Lisboa
- Freire P (1994) Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. *Rio de Janeiro: Paz e Terra*. Ed.3. p. 103

- Freire P (2000). *Pedagogia da indignação – cartas pedagógicas e outros escritos São Paulo: Universidade Estadual Paulista.p. 72-78*
- Fonseca AC, Tabora SMC (2002). Estudo do comportamento anti-social: algumas considerações metodológicas. *Almedina.Coimbra*
- Fortin MF (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. *Lusocência Edições Técnicas e Científica Lda*
- Galego C, Gomes A (2005). Emancipação, Ruptura e Inovação: o focus group como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação. 5: 173-184*
- Gaspar MM, Simões C, Tomé GP, Pereira SDJ, Equipa do Aventura Social (2006). Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA – Relatório Preliminar. *Aventura Social. Lisboa. p. 24-45*
- Gaspar MM (2004). Etnicidade e risco em prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes. *Aventura Social. Lisboa*
- Global Conference on Health Promotion 7<sup>th</sup> – Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap (2009). *OMS*. (Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html>, acedido em 23 de Janeiro de 2010)
- Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections 2006-2015 (2006). *OMS* (Disponível em <http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/stiskeymsgs.pdf> acedido em 15 de Novembro de 2008)
- Hancock T, Minkler M (2004). Community organizing and community building for health. *Rutgers University Press*
- HBSA 2005/2006 survey – Inequalities in Young People’ Health. HBSA surveys (2005). *OMS*. (Disponível em [http://www.euro.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/53852/E91416.pdf](http://www.euro.int/_data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf) , acedido em 7 de Janeiro de 2009)
- Healthy People 2010 (2002). *Organização Mundial de Saúde* (Disponível em <http://www.healthypeople.gov/Publications/Cornerstone.pdf> acedido em 10 de Julho de 2009)
- Hornik RC (2002). Public Health Communication: Evidence for Behavior Change. *Lawrence Erlbaum Associates*.
- Infecção VIH/SIDA – A situação em Portugal – 31 de Dezembro de 2009 (2010). *INSA*. (Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/DoencasInfecciosas/>

Documents/Documento\_VIH\_SIDA\_141.pdf, acessado em 24 de Fevereiro de 2010)

- Kotler P, Roberto EL (1989). Social Marketing: strategies for changing public behaviour, *New York The Free Press*. p. 20-26
- Lalonde M (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada. (Disponível em [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf), acessado em 27 de Outubro de 2010)
- Leavell H, Clark EG (1965). Preventive Medicine for the Doctor in his Community: an epidemiological Approach, *Farm Community Health, McGraw-Hill*
- Mahler H, Flannagan D (2001). The AIDSCAP Project. Behaviour Change Communication Unit. *UNAIDS*. (Disponível em <http://www.rhrc.org/resources/sti/hivaidsmanual/resources/fromweb/usebccommtectodesign.pdf>, acessado em 23 de Janeiro de 2009)
- Marks L, Worboys M (1997). Migrants, Minorities and Health Historical and Contemporary Studies. *London and New York Routledge*. p. 56-78
- Merton RL, Kendall R (1990). The Focused Interview: a manual of problems and procedures. *Free Press Universidade do Michigan*
- Moreira AFB, Silva TT (Orgs.) (1994). Currículo, Cultura e Sociedade. *Brasil Cortez*. São Paulo
- Moreira KP (2007). Public Health Policy in Action – Framework for a New Rhetoric of Persuasion. *BookSurge Publishing*. p. 1-60
- Morgan DL (1997). Focus groups as qualitative research. *London: Sage*
- Muturi N (2005). Intercultural Influences on Nutritional Health: a communication approach. *Journal of Health Communications*. 10: 77-98
- OMS (2006). Ninth futures forum on health systems governance and public participation. (Disponível em [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070126\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070126_1), acessado em 19 de Janeiro de 2010)
- Plano Nacional de Saúde (2004-2010). *Ministério da Saúde* (Disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_221.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_221.html) acessado em 16 de Novembro de 2008)
- Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (2004). *DGS* (Disponível em [http://static.publico.pt/docs/pesomedida/DGS\\_Programa\\_Nacional\\_Intervenca](http://static.publico.pt/docs/pesomedida/DGS_Programa_Nacional_Intervenca)

o\_Integrada\_Determinantes\_Saude\_Relacionados\_Estilos\_Vida\_2003.pdf, acessido em 23 Janeiro de 2009)

- Protocolo de Adesão da Associação Vitamina C ao Contrato Local de Segurança de Loures (2008). (Disponível em <http://cm-loures.pt/doc/CLS/VitaminaC.pdf>, acessido em 14 de Dezembro)
- Protocolo de Adesão da Associação Mais Cidadania ao Contrato Local de Segurança de Loures (2008). (Disponível em <http://cm-loures.pt/doc/CLS/AssMaisCidadania.pdf>, acessido em 14 de Dezembro)
- Protocolo de Adesão da Associação Jovens da Apelação ao Contrato Local de Segurança de Loures (2008). (Disponível em <http://cm-loures.pt/doc/CLS/AssJovensApelacao.pdf>, acessido em 14 de Dezembro)
- Ramos N (2001). Comunicação, Cultura e Interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 35: 155-178
- Raposo RO (2008). A inseparabilidade das experiências familiares e económicas: um olhar sobre os jovens do bairro da Quinta da Fonte. *GARSE/Loures Observa*
- Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2009 (2009). *SEF*. (Disponível em [http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2009.pdf](http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2009.pdf), acessido em 1 de Agosto de 2010)
- Relatório de Segurança (2009). *Contrato Local de Segurança de Loures*. (Disponível em [http://www.cm-loures.pt/doc/Apresentacao\\_CLS.pdf](http://www.cm-loures.pt/doc/Apresentacao_CLS.pdf), acessido em 25 de Novembro de 2009)
- Robertson A (1998). Critical Reflections on the Politics of Need: Implications for Public Health. *Social Science and Medicine*. Vol. 47 (10): 1419-1430
- Russel LB (1993). The Role of Prevention in Health Reform. *New England Journal University*
- Saumure K (2001). Focus Group – An Overview. *London: Sage University Paper*. (Disponível em [http://www.slis.ualberta.ca/cap02/kristie/focus\\_group\\_paper.htm](http://www.slis.ualberta.ca/cap02/kristie/focus_group_paper.htm), acessido em 15 Fevereiro de 2009)
- Shiavo R (2007). Health communication: from theory to practice. *J-B Public Health/Health Services Text Series, John Wiley and Sons*. Vol 13
- Silva LL, Teixeira A, Silva RE (2006). III Mostra de Subjectividades e Cuidados em Saúde: ética, a estética e a transdisciplinaridade. *Universidade Federal Fulminense*

- Soares CL (1994). Educação Física: raízes europeias e Brasil. *Campinas-RS Autores Associados*
- Swann K (2008). IEC Material Production Guidelines. (Disponível em <http://www.kswann.com/IEC%20Production%20Guidelines.pdf>, acessado em 23 de Julho de 2009)
- Teixeira A, Albuquerque R (2006). European Immigration – A Sourcebook, *Ashgate*
- Thompson T (2003). Handbook of Health Communication. *Lawrence Erlbaum Associates*. p. 9-35
- Tones, Tilford (1994). Health promotion: effectiveness, efficiency, and equity C and H Series. *Nelson Thornes Edition*. Ed. 3. p. 11
- UNAIDS Expert Consultation on Behaviour Change Report, Department of Policy, Evidence and Partnerships (2006). *ONU*. (Disponível em [http://data.unaids.org/pub/report/2007/2007043\\_unaids\\_expert\\_consultation\\_on\\_behaviour\\_change\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/report/2007/2007043_unaids_expert_consultation_on_behaviour_change_report_en.pdf), acessado em 13 de Março de 2009)
- Villaverde CM, Ferreira MP (2008). Comportamentos Sexuais e a Infecção VIH/Sida. *Instituto de Ciências Sociais*
- Villaverde CM, Ferreira MP (2010). Sexualidades no Portugal do Século XXI. *Instituto de Ciências Sociais*. (Disponível em [http://www.apf.pt/?area=000&tipo=noticias&id=CNT4d011625335c8&send\\_version](http://www.apf.pt/?area=000&tipo=noticias&id=CNT4d011625335c8&send_version), acessado em 23 de Dezembro de 2010)
- Wallerstein N, Duran B (2006). Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promotion Practice*. 7 (3): 312-323

# **Anexos**

## **Anexo 1. Entrevistas realizadas**

### **Arlete Moreira**

Coordenadora do Projecto Saúde pa nos Bairro

#### **Quais são os critérios utilizados pela MDM, para a definição das estratégias de comunicação das acções de IEC, dirigidas aos jovens, para a prevenção do VIH/Sida e IST no Quinta da Fonte – Apelação?**

Recorremos a consultas de cuidados de saúde primários e a reuniões com os parceiros, para identificarmos as problemáticas que suscitam mais dúvidas à comunidade e, através de acções e posteriormente material de IEC, tentámos corresponder às expectativas da população. Com isto quero dizer que tentámos responder às questões levantadas pela comunidade, nomeadamente os jovens.

#### **Consideram viável e eficaz a estratégia de comunicação utilizada ou tem havido alterações?**

A estratégia de comunicação é sempre adequada à comunidade, com a qual trabalhamos em conjunto para que melhor se adequue.

#### **Quais são os resultados?**

Os resultados, de uma forma geral, são positivos, embora ainda não tenhamos dados comprovados. Só os teremos no final do projecto, pois o objectivo principal é a mudança de comportamentos.

#### **Qual a sua avaliação sobre o grau de cumprimento dos objectivos propostos no desenho das acções de IEC e a sua execução no projecto?**

O grau de cumprimento dos objectivos propostos e sua execução é positivo, uma vez se cumpriu tudo o que fora delineado.

#### **Quais as particularidades na planificação das acções de IEC dirigidas aos jovens?**

Não existem acções somente dirigidas aos jovens, mas sim para toda a população beneficiária (directa e indirectamente).

**Que técnicas e meios utilizam para realização das acções de IEC?**

Basicamente o *empowerment*, ou seja, envolvendo a comunidade na participação activa das acções.

**Quais são as acções e mensagens de IEC utilizadas na intervenção junto dos jovens?**

Não existem acções e mensagens somente dirigidas aos jovens, mas sim para toda a população beneficiária.

**De que modo as acções de IEC contribuem para aumentar o conhecimento dos jovens sobre o VIH/SIDA e IST?**

Ajudam a população a reflectir acerca do seu comportamento, para que possam gerir a sua própria saúde.

**Acha que as acções de IEC respondem às necessidades sentidas pelos jovens na prevenção do VIH/SIDA?**

Sim

**Que resultados já foram alcançados e quais são as perspectivas futuras?**

Ainda é imaturo falar disso, mas os projectos previstos têm sido concretizados.

**Teresa Soares**

**Enfermeira no projecto “Saude Pa nos Bairro”**

**Considera viável e eficaz a estratégia utilizada pela MdM na definição das acções IEC, dirigidas aos jovens, para a prevenção das IST, no Quinta da Fonte – Apelação?**

A estratégia utilizada nas acções de IEC é adaptada à população alvo, por isso considero viável. Quanto à eficácia e, tendo em conta o desenvolvimento do projecto, penso que é eficaz. De facto, numa primeira fase, as acções foram comunitárias e abrangentes (acções de rua), com distribuição de materiais IEC. Numa segunda fase, foram desenvolvidas acções de grupo em meio escolar, tendo sido envolvidos jovens que participaram nas acções comunitárias. O *feedback in loco* dos jovens foi positivo,

por isso, e embora a eficácia deva ser avaliada a longo prazo, parece-me que as acções têm sido eficazes.

**Quais as particularidades da MdM na planificação das acções de IEC dirigidas aos jovens?**

As particularidades passam na preocupação em adaptar as acções à população alvo e ao trabalho profundo e constante de parceria. O trabalho em parceria potencia as acções desenvolvidas, porque a rede de instituições e projectos de apoio à população luta e trabalha com um mesmo fim e muitas vezes com meios semelhantes.

**Qual a sua percepção sobre as técnicas e meios utilizados para a realização das acções de IEC?**

As técnicas passam pelo envolvimento da população procurando auscultar e ouvir as necessidades e vontades de aprendizagem/educação. A proximidade conquistada nas acções e campanhas de rua potenciaram a relação de confiança e posterior envolvimento pessoal dos jovens nas acções. As dinâmicas de grupo utilizadas foram facilitadoras da partilha de saberes e troca de informação.

**Quais são as acções e mensagens de IEC utilizadas por MdM na intervenção junto dos jovens?**

Há uma preocupação permanente de consertar a intervenção comunitária e individual nas campanhas de rua e nas sessões individuais e de grupo. Há jovens que são comuns a todas as acções. No entanto, há outros que pelas suas ocupações e interesses apenas são envolvidos num tipo de acção. Há, ainda, muitos jovens que não frequentam a escola e passam grande parte do seu dia na rua. A mensagem que se passa é, em primeiro lugar, procurar o interesse e a vontade de saber e aprender acerca do VIH/SIDA; e em segundo lugar, informar acerca do VIH/SIDA, comportamentos de segurança e preventivos *versus* comportamentos de risco.

**Qual a sua percepção sobre as acções de IEC dirigidas aos jovens para a prevenção do VIH/SIDA e IST?**

As acções de IEC são adaptadas e desenvolvidas em parceria com os diferentes agentes comunitários. A minha percepção é que a intervenção é ajustada tendo em conta as necessidades e os recursos disponíveis.

**De que forma a MdM procura envolver e promover a participação activa dos jovens nas acções de IEC?**

O envolvimento e participação activa são conquistados através da relação de proximidade e confiança. As acções individuais e de grupo (dinâmicas e momentos de interacção), potenciam a participação activa. Paralelamente, a rede de parceria fortalece a participação dos jovens junto dos seus pares.

**De que modo as acções de IEC contribuem para aumentar o conhecimento dos jovens sobre o VIH/SIDA e IST?**

As acções de IEC promovem o aumento de conhecimento nos jovens, porque favorecem a partilha de conhecimentos, experiências, saberes e interesses. A troca e a partilha de tudo isto contribui para desenvolver e aumentar o conhecimento acerca do VIH e IST.

**Acha que as acções de IEC respondem às necessidades sentidas pelos jovens na prevenção do VIH/SIDA?**

Sim. O planeamento e desenvolvimento das acções são pensados em rede com os agentes comunitários, tendo em conta as necessidades dos jovens. A percepção das necessidades decorre da auscultação realizada nas campanhas e acções de rua. A continuidade das acções é fundamental para a sua eficácia.

**Professor Nuno Archer**

**Coordenador do Grupo Cidadania (até Julho de 2009)**

**No bairro há campanhas de prevenção sobre IST?**

Sim, costuma haver algumas campanhas da parte da Pastoral dos Ciganos/PROGRIDE, e no Agrupamento de Escolas, em parceria com outras associações que desenvolvem acções no terreno. Médicos do Mundo fazem mais um acompanhamento individual e distribuem preservativos. A Câmara Municipal de Loures, através do Gabinete de Saúde, também realiza algumas acções.

### **Como grupo costumam organizar ou participar em campanhas de prevenção das IST?**

Não participamos muito, porque existem grupos a fazê-lo. Mas, claro, acabamos sempre por assistir a acções de formação. No entanto, acho que estas acções são muito espaçadas e pouco relacionadas com o dia-a-dia dos jovens. Eles têm acesso a muita informação. O que falta é a parte da afectividade. Há vários jovens que se dirigem a mim, como professor, para colocarem questões relacionadas com a afectividade e a tomada de decisões. Não nos podemos esquecer que estamos perante uma realidade cultural diferente, onde se vive a sexualidade de uma outra maneira.

### **Como líder do grupo, que actividades ou materiais devem ser utilizados nestas campanhas para se atrair os jovens?**

As mensagens devem ser curtas e apelativas e as palestras devem envolver mais os jovens. Para isso, penso que seria importante ir ao encontro das suas necessidades que passam muito pela afectividade. Outra ideia é optar por estratégias de marketing social. Na escola optámos uma vez por esta metodologia, embora numa área diferente, e as coisas estão a correr muito bem. Nesse caso, optámos pelo reforço positivo e negativo e tem corrido mesmo muito bem.

**Ricardo Domingos**

**Coordenador do Grupo de Jovens Vitamina C**

### **No bairro há campanhas de prevenção sobre IST?**

Houve algumas palestras, principalmente no Agrupamento de Escolas. No bairro, não tenho conhecimento.

### **Como grupo costumam organizar ou participar em campanhas de prevenção das IST?**

Nas campanhas que costumam existir, não. Somos um grupo de cristãos católicos e defendemos mais a fidelidade entre parceiros. Mas, costumamos falar sobre a questão, informando e permitindo o debate. Os que não são católicos praticantes, optam mais pelo uso do preservativo em qualquer caso, embora também aceitem a importância da fidelidade. O importante é estabelecermos o debate e levar os jovens a pensarem na responsabilidade das suas acções.

**Como líder do grupo, que actividades ou materiais devem ser utilizados nestas campanhas para se atrair os jovens?**

As mensagens devem ser curtas e claras para que se decorem facilmente. Penso que as peças de teatro também são importantes, principalmente se forem comédias.

**Délcio Martins**

**Coordenador do Grupo de Jovens da Apelação**

**No bairro há campanhas de prevenção sobre IST?**

Raramente. Quando há é mais no Agrupamento de Escolas e através do PROGRIDE.

**Como grupo costumam organizar ou participar em campanhas de prevenção das IST?**

Ainda não, mas para o próximo ano vamos ter. Entrei há pouco tempo no grupo e, de facto, reparei nesta falha que já se vai resolver neste próximo ano.

**Como líder do grupo, que actividades ou materiais devem ser utilizados nestas campanhas para se atrair os jovens?**

Já há muita informação... Penso que seria importante ter acções mais práticas, colocando os jovens a aprender a usar um preservativo, assim como outros métodos contraceptivos. Outra ideia é apostar em curiosidades. Qualquer coisa como: “Sabia que...”. Ideias curtas, mas informativas.

**Paulo Moreira**

**Director-adjunto de Comunicação no EDCD**

**Como vê a comunicação em Saúde em Portugal no que se refere à prevenção das IST?**

Investe-se pouco. A abordagem assumida é bastante amadora e os resultados não são positivos.

### **Como vê o desenvolvimento do Marketing Social em Saúde no que se refere à prevenção das IST?**

Em Portugal é muito deficitário. Nos EUA é uma das áreas centrais da Nova Saúde Pública, assim como na Europa. É uma nova disciplina a que se começa a dar importância.

### **Há a formação adequada**

Nos EUA e em Inglaterra, sim. No resto da Europa há bons exemplos dispersos, como na Dinamarca, Holanda, França e Itália, sendo que a ENSP em Portugal também tinha um módulo a funcionar no seu Mestrado de Saúde Pública.

### **Quais são as maiores dificuldades do Marketing Social em Saúde no que se refere à prevenção das IST?**

As alterações de comportamento são um dos mais complexos fenómenos e objectivos das estratégias de Comunicação em Saúde. É necessário estabelecer sistemas de monitorização das percepções e atitudes das audiências, pois só assim poderão ser definidas estratégias eficazes para a alteração comportamental em relação aos factores geradores de transmissão das IST.

### **E as maiores vantagens?**

As lições internacionais demonstram que a efectiva aplicação das técnicas de Marketing Social cria mais-valias na prevenção e diminuição da incidência das IST em grupos específicos e comunidades claramente definidas.

### **Considera que estas técnicas de comunicação podem ser determinantes na prevenção em saúde das populações imigrantes?**

Podem se aplicadas em complementaridade com outras intervenções. O que distingue o marketing social da perspectiva redutora assumida por alguns programas que apenas focam a comunicação (e nem sempre da melhor maneira), é que o modelo de marketing social desenvolve um misto de estímulo de comunicação em saúde, serviços comunitários e eventualmente produtos de forma a equilibrar e adaptar a oferta aos esforços necessários para a mudança de comportamento e sustentabilidade do novo comportamento adquirido.

## Anexo 2. Fotos do Bairro e do Grupo Focal



A Polícia costuma fazer rondas pelo bairro. Numa das visitas ao bairro também nos deparámos com uma ronda da Polícia.



Com este *graffiti* tentou-se passar a mensagem de “Todos Juntos”, independentemente da cor e da etnia, após a cena de tiros que envolveu parte da comunidade cigana e africana em 2008.



Grupo Focal na Casa da Cultura da Câmara Municipal de Loures (21 de Agosto de 2009)

**Anexo 3. Panfleto utilizado para distribuir pelos jovens ou afixar nas paredes e estabelecimentos do bairro, a convidá-los a fazer parte do Grupo Focal.**

Este panfleto foi distribuído por nós, investigadoras, com o apoio da Médicos do Mundo e dos três grupos de jovens que cooperam com as entidades locais (Grupo Mais Cidadania, Vitamina C e grupo A.J.A).



Olá a tod@s!

No dia 21 de Agosto, entre as 14h e as 18h, vem assistir ao filme “Dja Dja Non” (o dia a dia de Médicos do Mundo em São Tomé), na Casa da Cultura. Convidamos-te também a participar num grupo de discussão onde poderás dar a tua opinião sobre o problema da Sida.

No final temos lanche para tod@s! Podes trazer um amig@! Não percas!

## Anexo 4. Artigo de opinião na revista Exit da Dianova, na sequência da presente dissertação.

O artigo insere-se numa edição especial sobre “Marketing Social de Saúde” da edição nº 20 de Abril/Junho de 2009.

### Inter-Gerações



**Maria João Garcia**  
Mestranda em “Comunicação em Saúde” a desenvolver Tese sobre Marketing Social em Saúde e a Promoção em Saúde (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

“Com a Saúde não se brinca”. Desde pequenos que ouvimos estas palavras. A Educação em Saúde pode ter um papel essencial na promoção de uma vida saudável. Mas, de que forma podemos e devemos educar a população para que adopte comportamentos saudáveis? Um dos pontos essenciais para o sucesso das acções de promoção da Saúde está numa boa estratégia de Comunicação.

Promover hábitos saudáveis significa informar, dar a conhecer e responsabilizar o cidadão pelos seus actos. É o que hoje em dia se chama de empowerment. Ao longo de muitos anos optou-se pela sensibilização da população para determinados riscos. Se, por algum tempo, esta estratégia trouxe frutos, hoje em dia sabe-se que não é suficiente. Aliás, em muitos casos, as pessoas já estão sensibilizadas e alertadas para os problemas. Mas, falta algo. Esse algo é a mudança de comportamentos. Por exemplo, eu sei que a droga faz mal, mas se vou consumir, a sensibilização não me serviu de nada.

#### Como informar para mudar comportamentos

Então como se deve comunicar em Saúde, principalmente na sociedade em que vivemos, onde os meios de comunicação são diversos e a publicidade é bastante apelativa? A chave poderá estar num maior investimento no marketing social em Saúde que implica uma reflexão estratégica sobre determinada situação e o desenvolvimento de acções consoante a realidade em causa. Permite ainda verificar os pontos fortes e o que se deve corrigir face às mudanças que possam ocorrer na envolvente social.

#### Na prática tenho de ter em conta o seguinte:

- Quem é o público-alvo? A estratégia de comunicação numa campanha contra as Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) muda se estou a falar com adolescentes ou com jovens entre os 18 e os 25 anos...

- Qual é o objectivo? Não nos devemos dispersar.

- Que factores poderão influenciar os comportamentos? Quais são as condições sócio-económicas do público-alvo? E o grau de escolaridade? E a cultura? E a publicidade?

- Face a toda a componente envolvente, opto por determinada estratégia. O que se pode fazer? Como vou transmitir a mensagem? Spots televisivos, panfletos, blogues, acções de formação, peças de teatro? Por vezes, uma peça de teatro vale mais do que mil panfletos... E, atenção aos panfletos: não devem ser «mini-enciclopédias».



#### O efeito da publicidade

A possível influência negativa da publicidade poderá ser um obstáculo na Educação em Saúde, principalmente junto das pessoas mais vulneráveis, como crianças, idosos, imigrantes, pessoas com problemas psicológicos, entre outras. E não me refiro apenas aos outdoors e aos pop-ups saltitantes no computador. Há outros exemplos:

- Product Placement (num programa de televisão aparece, por exemplo, uma lata da marca X na mesa da associação de estudantes): os jovens confrontam-se bastante com este tipo de publicidade nos programas de televisão;

- Empresas ligadas ao sector das bebidas alcoólicas que patrocinam festivais de Verão;

- Publicidade a determinados produtos no intervalo dos desenhos animados: por mais que se queira, os pais não estão a ver televisão com os filhos e, obviamente, que as crianças não têm maturidade

suficiente para discernir o que se deve consumir e em que quantidades se deve consumir;

Poderia enumerar vários exemplos. Mas, o importante na Promoção em Saúde é ter em conta os vários obstáculos que possam existir. No caso da publicidade, a legislação poderia ser uma ajuda. Mas, até que hajam mudanças nesse sentido, temos de ter em conta os aspectos negativos da publicidade.

Aqui ficam alguns exemplos de como se pode comunicar em Saúde de forma simples, lúdica e que leva à mudança de comportamentos:

- Peças de teatro e jogos que envolvam o público-alvo;
- Panfletos com cores, desenhos e jogos (em português, crioulo, russo, etc);
- Usar o Youtube, blogues, fóruns e chats;
- Testemunhos (imagine-se um ex-toxicod dependente): os testemunhos pessoais são sempre marcantes.

A Educação em Saúde engloba várias envolventes e obstáculos, mas é possível. É preciso estar atento e ver quando e como se deve actuar, conjugando esforços de diferentes agentes da sociedade, como autarquias, ONG, instituições religiosas, associações, empresas, faculdades, comunicação social, etc.

Cada um com um papel específico num trabalho em conjunto. Afinal, "com a saúde não se brinca". ■



## Drogas

<http://www.aventurasocial.com/main.php>

Aventura Social é um projecto inovador que se encontra sediado na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa e no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova. Direcção sobretudo para uma camada mais jovem, este tem vindo a desenvolver diversas investigações no domínio da promoção da saúde e comportamento social.

<http://www.manualmerck.net/>

De há uns anos a esta parte tem-se observado um interesse crescente pelos assuntos relacionados com a saúde e é cada vez maior a procura de publicações de divulgação médica por parte de um amplo sector da sociedade. Por isso o aparecimento do Manual Merck. Saúde para a família representa a consecução de um objectivo editorial importante: facilitar pela primeira vez a todos os leitores a compreensão plena destas matérias.

[http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_pt.htm)

Portal da Saúde - EU surge como o portal oficial da União Europeia consagrado à saúde pública, detendo por isso um vasto leque de informações e dados sobre actividades e questões relacionadas com a saúde, tanto a nível europeu, como a nível internacional.

**Anexo 5. Comunicação Oral no III Congresso Nacional de Saúde Pública/I Congresso Luso-Brasileiro de Educação para a Saúde, na sequência da presente dissertação.**



**17h00 – 18h30**

**Comunicações orais**

**Painéis E, F, G, H**

**PAINEL E – GRANDE AUDITÓRIO**

Marketing Social em Saúde - A percepção dos jovens africanos e luso-africanos, residentes no Bairro Quinta da Fonte, sobre as acções de IEC (Information, Education, Communication), aplicadas na prevenção das infecções sexualmente transmitidas

Garcia, Maria João, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Valadas, Emília, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Programa disponível em:

<http://3cnes.ubi.pt/documentos/PROGRAMA%20DETALHADO%20ultimahora.pdf>