

DESIGN E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: CONSTRUINDO NOVAS FRONTEIRAS

Health design and communication: building new frontiers

WOLFGANG, Simone

PUC-Rio
simone.wolfgang@terra.com.br

PORTINARI, Denise

PUC-Rio
denisep@puc-rio.br

CASTRO, Patricia

Fiocruz
designer.patricia@gmail.com

Resumo

Este artigo apresenta alguns caminhos possíveis para a elaboração de novos conceitos teóricos que permitam repensar aspectos problemáticos na comunicação da prevenção em saúde ligada a Aids/HIV e DST'S, através da participação do profissional de design na elaboração da prevenção desde a sua concepção até a arte finalização.

A partir dessa problematização, será proposta uma reflexão no sentido de formular alternativas de prevenção e controle para a epidemia de HIV/Aids que estejam em melhor consonância com as atuais demandas preventivas decorrentes das mudanças sociais e das descobertas científicas ligadas ao vírus.

Palavras chave: Design. Prevenção em saúde. HIV/Aids. Campanhas

Abstract

This article presents some possible paths for the creation of new theoretical concepts that leads to the solution of problematic aspects of the advertisement of health prevention of Aids/HIV and STD'S, through the participation of the designer in the prevention advent since it's conception until the final details of the artwork.

Once the problematic aspects of communication in health prevention of Aids in Brazil are exposed, a new path, suggesting alternatives of prevention and control for the HIV/Aids epidemics that are more connected with the recent preventive demands that came with the social and scientific changes related to the HIV.

Keywords: Design. Health prevention. HIV/Aids. Advertisement

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo a apresentação de alguns caminhos possíveis para a formulação de novos conceitos teóricos que permitam repensar aspectos problemáticos ligados a prevenção em saúde com relação a Aids/HIV e DST, através da inserção do profissional de design em todas as etapas da elaboração da prevenção.

Nossa argumentação começa a partir da problematização na forma como a prevenção a Aids vem sendo pensada ao longo das três décadas de epidemia. Uma vez expostas as lacunas, serão apresentadas possíveis propostas de intervenção para a formulação de alternativas de prevenção e controle da epidemia que estejam em melhor consonância com as atuais demandas preventivas decorrentes das mudanças sociais e das descobertas científicas ligadas ao vírus.

Se a prevenção em saúde for pensada como um projeto multidisciplinar, a participação do designer desde a concepção inicial das peças pode se apresentar como uma alternativa positiva, no sentido de inserir um profissional que é treinado a solucionar problemas de projeto desde os primeiros passos de sua formação. Além disso, se trata de “outro olhar” sobre o advento da doença, uma visão de um profissional das ciências humanas.

Apesar do programa governamental brasileiro ser referência internacional no tocante ao tratamento clínico e a distribuição de medicamentos antirretrovirais, a atual política de prevenção a Aids no Brasil, ainda é calcada quase que exclusivamente nas mensagens de sexo seguro. Essa opção temática expõe as restrições do programa, que é alvo de críticas constantes por parte de grupos sociais que não se sentem “contemplados” por este modelo.

ALGUNS PROBLEMAS LIGADOS À CONCEPÇÃO DA PREVENÇÃO

A prevenção a Aids nasceu filha de uma estrutura discursiva que a considerava uma doença de alcance limitado, que a princípio não se tratava de um grande problema de saúde pública do qual todos deveriam se informar e prevenir.

Estabeleceu-se, que o problema estaria nos ditos “grupos de risco” (homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo), e que de alguma maneira a doença não seria um problema grave o suficiente a ponto de necessitar de maiores esforços por parte do estado no sentido da criação de um órgão específico voltado a prevenção. Esse fato pode ser percebido, por exemplo, quando se pensa que o primeiro caso registrado de morte por Aids no Brasil ocorreu em julho de 1983 e o programa de prevenção

oficial do governo data de 1987.

Além da ausência de uma “voz” que orientasse a população sobre como se prevenir corretamente, por diversas vezes, os meios de comunicação propagaram a revelia informações equivocadas ligadas ao risco de contágio equivocadas, tais como a restrição à circulação da doença entre os ditos “grupos de risco”. Sobre isso, o Jornalista Paulo Francis, em certa ocasião afirmou:

[...] é raríssimo num ato sexual mulher contrair Aids, ainda que seja sodomizada porque sua anatomia tem mais defesas que a masculina. [...] A Aids é sempre passada por alguém que cometeu ou se submeteu a sodomia masculina e traz o vírus de atos sexuais prévios com sodomitas (TREVISAN, 2004, p. 451).

Graças à propagação contínua de informações equivocadas uma boa parte da população não tinha nem um conhecimento científico apropriado com relação ao vírus, e tão pouco sabia o que deveria fazer para se prevenir.

Uma vez constituídos os programas oficiais de prevenção, optou-se por trabalhar com um conceito que trazia o caráter mortal do vírus com muito mais ênfase do que as informações preventivas propriamente ditas, o que não exatamente ajudou a promover um esclarecimento da população gerando um aumento da estigmatização do soropositivo. Com o tempo, essa escolha temática, acabou sendo duramente criticada por entidades ligadas ao direito dos portadores do vírus e seus companheiros/familiares.

Aos poucos então, foi-se abandonando o discurso da morte e substituindo-o pelo discurso do sexo seguro, e esse se tornou o carro chefe da escolha temática das campanhas de prevenção na maior parte do mundo.

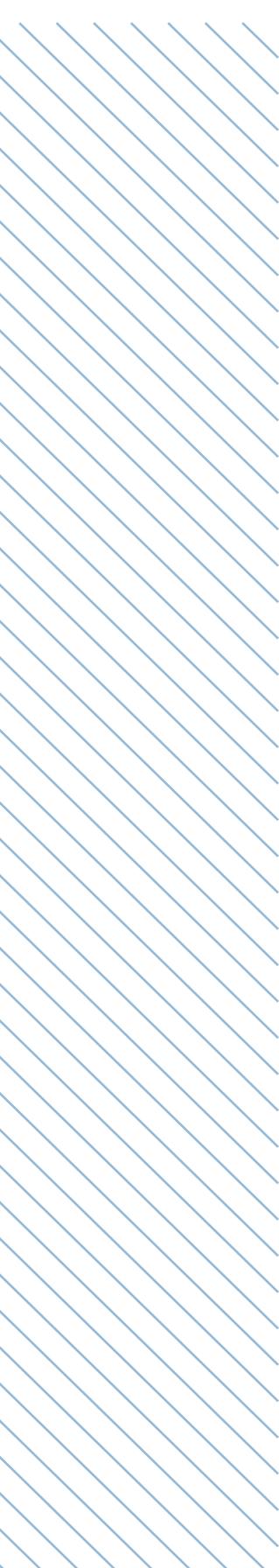
No momento em que foram constituídos os órgãos oficiais de prevenção, deveria ter sido fornecido o maior volume possível de informações a uma população carente de orientações, porém o que se fez foi proclamar repetidamente a imposição de um comportamento – o uso obrigatório do preservativo.

Com relação às mensagens de sexo seguro como única grande orientação preventiva, pode-se pensar na real eficácia desse recurso, levando-se em conta a trajetória social da epidemia. Ao repetir as palavras “use sempre camisinha”, a primeira coisa que deixa de ser levada em conta é o desejo. De fato, a vontade e a liberdade que cada pessoa tem de fazer o que quiser com o seu corpo é infinitamente preponderante sobre as prescrições do governo.

A medicina não pode lidar com o desejo, pois escapa às prescrições segundo um impulso que não é racional nem formalizável. [...] Não podendo regulamentar os avatares do desejo, a medicina o exclui - isto é, ele fica fora do campo do "real" -, supondo-se que os percursos existenciais possam ser regidos segundo convenções profiláticas, em detrimento dos fluxos das paixões, dos tesões das intensidades. (PERLONGHER, 1987, p 81,82).

Há mais de vinte anos, campanha após campanha, o governo aperta sempre a tecla do preservativo. É como se fazer prevenção significasse dar "control paste" ano após ano mudando apenas a imagem que serve como pano de fundo. Enquanto isso, os números ligados a contaminação aumentam, novas demandas preventivas surgem, mas não existe nenhuma nova reflexão sobre a maneira de se fazer prevenção.

São frágeis e limitados os indicadores que dão sustentação à tese, bastante difundida, de que há uma suposta estabilização e controle da infecção pelo HIV entre os gays no Brasil. Aqui no país a probabilidade de desenvolver Aids entre os homens que fazem sexo com homens é 18 vezes maior do que entre os heterossexuais, comprova Jorge Beloqui em artigo inédito e assustador sobre o risco relativo. Não faltam evidências da progressão da epidemia entre os gays mais jovens e aqueles de baixa escolaridade. Somam-se à desmobilização das organizações da sociedade civil, a ausência governamental, a descontinuidade dos projetos, a limitada abrangência geográfica, e a baixa cobertura das poucas ações de prevenção em DSTs, HIV e Aids em curso dirigidas aos homossexuais. As insuficientes atividades de prevenção voltadas à população LGBTTT pecam, em sua maioria, pelo conservadorismo e pela "mesmice" do modelo adotado. As intervenções pararam no tempo. Não incorporaram os condicionantes da vulnerabilidade e nem sequer levam em conta a diversidade da população homossexual. Muitos projetos ainda consistem na mera distribuição de folhetos e de preservativos. Os critérios de notificação, vigilância e acompanhamento da epidemia no Brasil, a partir dos casos de Aids notificados, dão um retrato do passado e não medem a propagação atual da infecção pelo HIV entre os homossexuais. (SILVA, 2013, p. 7)



Se a prevenção governamental brasileira continuar se valendo de uma prescrição robótica, ligada quase que exclusivamente aos preceitos de sexo seguro, parcelas significativas da população vão ficar de fora do escopo da prevenção. Como por exemplo, os travestis profissionais do sexo, que muitas vezes não incluem os preservativos na negociação de seus programas; ou ainda os inúmeros casais de namorados que por prazer, confiança ou desleixo deixam de usar a camisinha.

Diante de tais constatações, é fundamental pensar em outras saídas para o problema da prevenção, pois da forma como ela é trabalhada atualmente, é igualmente inócua, (no caso das mensagens de safer sex) ou até mesmo problemática; pois quando uma propaganda do governo aponta para os remédios e a testagem como soluções absolutas para todos os problemas do soropositivo ela alimenta a fantasia de que os remédios proporcionam uma vida saudável e plena com o HIV.

Todavia, deve-se refletir sobre como lidar com a demanda por parte de quem não pode, não quer, ou não consegue utilizar sempre o preservativo nas suas relações sexuais, e seguir constantemente os tão propagados preceitos de sexo mais seguro? Sobre isso Perlongher comenta:

Seria preciso, talvez, conceber uma política sexual diferente, que não desconhecasse a multiplicidade dos desejos eróticos nem tentasse disciplinar pedagogicamente os perversos e seus prazeres. Trata-se de oferecer a melhor informação possível, mas afirmando simultaneamente o direito de dispor do próprio corpo e da própria vida, já demandado por Engels (PERLONGHER, 1987, p. 91).

Levar em conta as subjetividades, os desejos, as diferentes necessidades socioculturais, é um passo fundamental no sentido de se estabelecer diretrizes minimamente eficazes ligadas não só a Aids mas a outros grandes problemas de saúde pública de uma maneira geral.

Seja devido a pouca circulação de informação preventiva relacionada a Aids, e/ou a permanência de um imaginário ligado a ela, ainda se pensa na doença como uma realidade restrita, que circularia apenas entre garotas de programa, homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis. Existe ainda uma associação entre Aids e morte, mas que de certa forma foi sendo diluída aos poucos pela redução do número de óbitos graças ao tratamento com os antirretrovirais.

Um bom exemplo disso é a restrição imposta a homossexuais masculinos em território Brasileiro, com relação à doação de sangue. A ANVISA através da norma nº 153 de 14 de junho de 2004 estabelece que homens que declaradamente mantiveram relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, nos últimos 12 meses, não podem doar sangue.

O fornecimento de informação e conhecimento para a população em geral através da remodelação temática dos programas de prevenção existentes atualmente poderia ser uma maneira de lentamente ir educando a população e desta maneira desembaraçar essa “rede de equívocos” ligados ao HIV.

Pode-se pensar nos preceitos da redução de danos como uma maneira interessante de promover um diálogo entre agentes de saúde e a população em geral, pois a RD não promove apenas a imposição sobre o uso do preservativo, mas conta com ações pontuais ativas e constantes dentro de diferentes nichos da sociedade.

A POLITICA DE REDUÇÃO DE DANOS (RD) E A PREVENÇÃO AO HIV

A Redução de Danos é uma política pública que tem como objetivo principal reduzir os males decorrentes de práticas consideradas daninhas ou que tragam algum risco a saúde, como o uso abusivo de drogas, bebidas alcoólicas, a prática de sexo desprotegido entre outras.

A Redução de Danos ou (RD) no Brasil é uma política pública autorizada e utilizada pelo Ministério da Saúde, e atualmente é a prática prioritária para o desenvolvimento de ações junto a usuários de drogas que são desenvolvidas pelas três esferas de governo e também por organizações da sociedade civil.

Através da portaria nº. 1.028 de 4 de julho de 2005 o Ministério da Saúde preconiza estabelecer diretrizes que orientam a implantação das ações de RD e subsidia municípios e estados na manutenção ou implantação de ações voltadas para usuários de drogas.

O conceito de redução de danos existe há mais de 30 anos. Começou na década de 1980 na Inglaterra e na Holanda, quando houve o estouro das epidemias de HIV e das hepatites. Hoje ela já está no mundo inteiro. A RD foi uma resposta de saúde pública à disseminação do HIV [...]. Ao se perceber a impossibilidade de algumas pessoas em interromper o uso de drogas, foram defendidas medidas para que, ao quadro de consumo de substâncias psicoativas

não se sobrepusessem problemas relacionados a outras esferas da saúde como a infecção pelo HIV, outras doenças sexualmente transmissíveis ou doenças transmitidas pelo compartilhamento de itens utilizados no uso injetável de drogas. (GORGULHO, 2009, p. 9).

Pode-se pensar na RD como um contraponto terapêutico a abordagem da abstinência que como o próprio nome diz, prega abstinência como forma de tratamento ligado ao uso abusivo de entorpecentes, drogas e bebidas alcoólicas; Os AA (Alcoólicos anônimos), e o NA (Narcóticos anônimos), são exemplos de instituições que utilizam abordagem da abstinência através do programa dos doze passos na tentativa de promover a “recuperação de alcoólicos, ou de adictos”.

Os primeiros trabalhos de RD no Brasil eram focados nos usuários de drogas injetáveis, que inicialmente foram muito afetados pela epidemia de HIV/ Aids. Essas ações consistiam na distribuição de agulhas e seringas descartáveis, de água sanitária para higienização das seringas e de água destilada para a diluição da droga.

Na época, a prática foi muito criticada por diversos setores da sociedade que acreditavam que o fornecimento de seringas e agulhas iria incentivar o uso de drogas e aumentar o número de “adictos”. Porém o que se viu foi uma grande redução do índice de contaminação pelo vírus da Aids pela via da droga endovenosa.

Existem muitas formas de se medir a eficiência e a eficácia da redução de danos. Dá para a gente se fixar, por exemplo, nos dados epidemiológicos de HIV e hepatites. Comunidades onde há programas de redução de danos têm menos casos de HIV e hepatite entre os usuários de droga, isso é fato. (PETUCO, 2009, p. 18).

A política de redução de danos, ou RD, é uma possibilidade interessante para se pensar em uma alternativa a abordagem atual da prevenção a Aids pela via sexual, que se aproxima mais das políticas ligadas à abordagem da abstinência. Se a utilização de políticas de RD na prevenção a Aids e as hepatites virais já acontece em ações do Ministério da Saúde ligadas à contaminação pela vida endovenosa derivada do uso de drogas injetáveis, por que não pensar em uma adaptação deste paradigma para prevenção a contaminação pela via

sexual? Pois, atualmente, o MS brasileiro utiliza políticas preventivas cujas abordagens são diametralmente opostas no combate a uma mesma epidemia.

ALGUMAS LIMITAÇÕES: OS RESPONSÁVEIS PELA PREVENÇÃO

O grande responsável pela prevenção em saúde no Brasil atualmente é o governo, através de seu órgão responsável, o Ministério da Saúde. E a execução das peças para esses programas é feita da seguinte forma: o governo contrata uma agência de publicidade e ele (o governo) faz o papel de cliente, criando um briefing detalhado sobre o que ele quer e como deve ser a campanha. A execução fica por conta da agência que responde apenas às ideias do representante do governo em questão. Existem também os escritórios de design que por demanda de trabalho, ou “tradição” se especializam no assunto e vivem da concorrência por verbas destinadas anualmente a prevenção em saúde nos governos e prefeituras locais. Neste caso a criação é feita e avaliada conforme o dono do escritório, mas sempre passando pelo “crivo” de quem forneceu o subsídio financeiro.

Finalmente, existem também os órgãos que tem a maior “liberdade” de criação, as ONGS que por sua vez também dependem de financiamento, e trabalham sob demanda. Nas ONGS muitas vezes se trabalha através de um briefing, mas a maior diferença é que nesse caso quem costuma opinar sobre o conteúdo não é o cliente (financiador), mas sim, os responsáveis pela administração da ONG que algumas vezes são militantes e/ou soropositivos.

A maioria dos modelos relatados acima expõe um fato problemático na concepção da prevenção. A propaganda preventiva não responde aos anseios/demandas e as necessidades de um cliente, mas sim de um instrumento financiador, o que aparentemente vem limitando imensamente, as mensagens contidas nas peças preventivas.

Isso se coloca como um duplo problema, primeiramente porque muitas das ações preventivas levam em conta uma derivação de um saber médico consolidado traduzido em informações curtas, orientadas para a intervenção comportamental, fornecidas por pessoas que não necessariamente tem algum tipo de familiaridade com a questão da prevenção em saúde.

O segundo problema é natural das relações de trabalho do designer em qualquer situação de projeto, que é a negociação dos formatos e conteúdos de uma peça visando resolver melhor os problemas de projeto que normalmente são feitas diretamente com o cliente e não com um “intermediário”.

Logo a concepção da prevenção acaba destoando do “lugar comum” da

rotina criativa dos designers, que habitualmente trabalham a partir do feedback de seus clientes, preenchendo as lacunas e as necessidades específicas que aparecem em cada projeto. No caso da prevenção em saúde esse retorno pode ser medido apenas através das pesquisas e dos dados epidemiológicos ligados ao antes e depois da veiculação das campanhas.

Porque então não aproveitar o profissional de design, que graças a sua formação é colocado constantemente diante da busca da solução de problemas e lacunas, para pensar novos sistemas e modelos para a prevenção e gestão em saúde? O paradigma da redução de danos pode servir como uma referência interessante nesse sentido, na medida em que acentua a importância da informação, construída em interação com as chamadas populações de risco e trabalhada através de equipes multidisciplinares – o que aponta para a possibilidade de um papel mais atuante para o designer dentro desse paradigma.

Pode-se pensar no modelo do design participativo como uma excelente saída no sentido da materialização de um projeto de prevenção que leve em conta as idiosincrasias e as especificidades ligadas às necessidades preventivas relacionadas ao HIV. A contrapartida do interlocutor é preponderante para a melhor recepção das peças pelo público, e por uma melhor resposta preventiva, uma vez que esse modelo torna possível a contrapartida do interlocutor unindo diversos saberes.

Através de ações voltadas a observação participativa e ao “design social”⁹, pode-se obter resultados muito positivos na concepção de alternativas para prevenção a Aids/HIV.

Um outro modelo de pesquisa é a observação participativa. Este modelo possibilita o ingresso de designers em ambientes sociais, tanto como parte de um grupo multidisciplinar quanto individualmente, para documentar as necessidades sociais que podem ser atendidas com a intervenção do design. (MARGOLIN, 2004, p. 47).

OUTRAS POSSIBILIDADES PARA ALÉM DO “SAFER SEX”

Como pode ser visto nas seções anteriores deste artigo, há muitos anos diversas disciplinas vêm pensando e estudando em diferentes esferas o vírus HIV e a epidemia de Aids. Há também, uma luta incessante pela busca de uma cura, todo ano, desde a descoberta do vírus, investem-se milhões em recursos

⁹ Design social e design participativo, são usados como sinônimos por muitos autores.

para pesquisas e na criação de novos medicamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais.

Entretanto, apesar da “intensa” trajetória histórica relacionada à epidemia e das constantes descobertas científicas relacionadas ao vírus, seu tratamento e as suas formas de contaminação, as campanhas de prevenção e combate ao vírus, tiveram um papel fundamental na epidemia. Na ausência de uma medicação eficaz elas eram utilizadas como um primeiro recurso de combate à doença durante quase toda a sua trajetória. Atualmente elas têm um papel informativo extremamente importante por uma série de razões; a difícil rotina de quem vive com o vírus, a estigmatização ligada a soropositividade, a ausência de uma cura, e também os altos custos de manutenção que um paciente soropositivo demanda.

Os designers, por sua vez, são preponderantes no processo da prevenção, pois são os elaboradores destas peças, decidindo a melhor solução gráfica e criando novas linguagens visuais relacionadas ao vírus. Em alguns países do mundo existem escritórios de design especializados e voltados somente para a criação de campanhas de prevenção.

Aqui no Brasil no que diz respeito especificamente ao “design da prevenção” pouco parece se pensar com relação ao conteúdo dessas peças. O slogan “use sempre camisinha” é repetido, enquanto as imagens se modificam somente para adequar-se ao destinatário dessas campanhas.

Entretanto, em outros países iniciativas preventivas muito mais amplas e complexas já são veiculadas para o grande público. A grande diferença entre elas e as peças governamentais brasileiras é a abundância de informação disponível para consulta. No site da ONG inglesa “The gay’s man health charity” ou GMFA¹⁰, é possível encontrar uma infinidade de tópicos relacionados a prevenção a Aids e outras DST’s disponíveis para consulta. Além do site a ONG distribui livretos sobre temáticas variadas ligadas a Aids/DST’s.

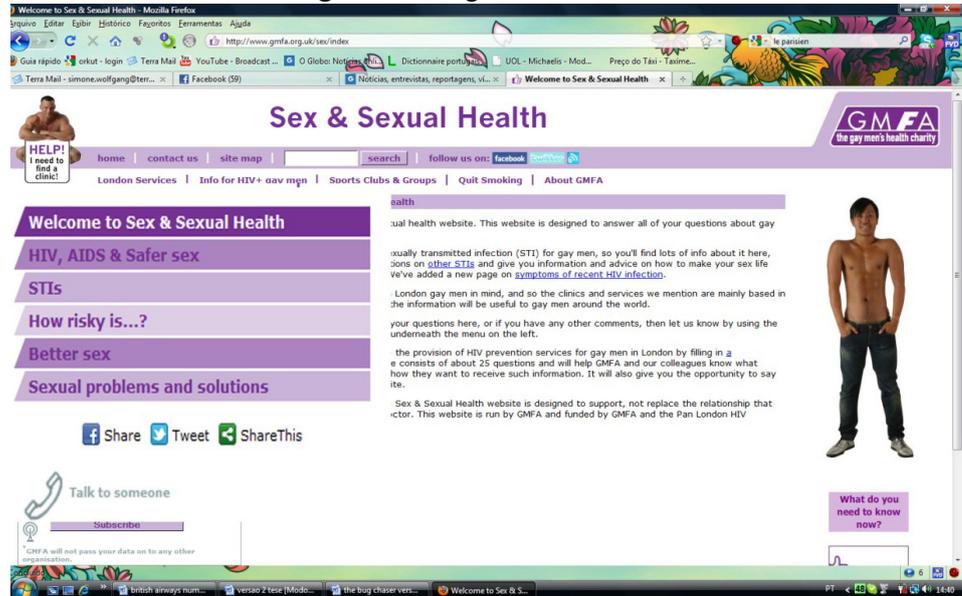
A quantidade de informações disponíveis é enorme, as possibilidades de aconselhamento não estão apenas na internet, mas também existe a possibilidade de visitação a sede física da ONG que oferece testagem, aconselhamento e apoio.

Existe toda uma seção destinada a consulta chamada “sexo e saúde sexual” com os tópicos como: HIV, Aids e sexo seguro, DST’s, “quão arriscado é...?” “um sexo melhor” e “problemas sexuais e soluções” além desses itens pré estabelecidos, também existe um espaço para perguntas. Cada tópico abre um

10 O site da GMFA : www.gmfa.org.uk/sex

subtópico, como pode ser visto na (figura 1) e ao clicar nos temas do subtópico o usuário do site detalha as informações que procura. Além das seções de saúde sexual o site possui uma série de informações relacionadas à questão da vivência com o vírus HIV, locais de testagem e serviços de saúde.

Figura 01 - Imagem do site GMFA.



Fonte: GMFA (2014).

Outra alternativa preventiva alternativa à questão exclusiva do “safer sex” é oferecida pela ONG Norte Americana San Francisco Aids Foundation. As campanhas da SFAF, muitas vezes se apresentam como pioneiras em apresentar alternativas coerentes e inteligentes à prevenção vigente.

A série de campanhas intitulada “assumptions” ou suposições traz como foco um dos principais problemas da prevenção atualmente, a má gestão da saúde individual baseada nas suposições pessoais, no lugar dos dados epidêmicos. São peças que exploram a questão das “crenças pessoas” com relação as possibilidades de contaminação pelo vírus HIV. Como “sou ativo por isso não posso pegar o vírus”, “ele não frequenta boates e clubes de sexo então ele deve ser negativo”. “Se ele não falou nada para mim então ele deve ser soropositivo”. As peças explicitam essas suposições e fornecem informações que permitem questiona-las. As figuras 2 e 3 trazem exemplos dessa campanha. Atualmente não existe uma campanha de prevenção no Brasil que se assemelhe a “assumptions”.

Figura 2- Campanhas assumptions SFAF

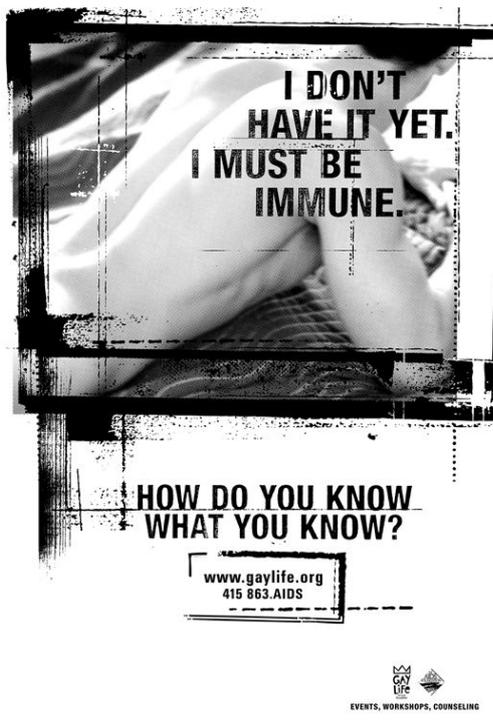
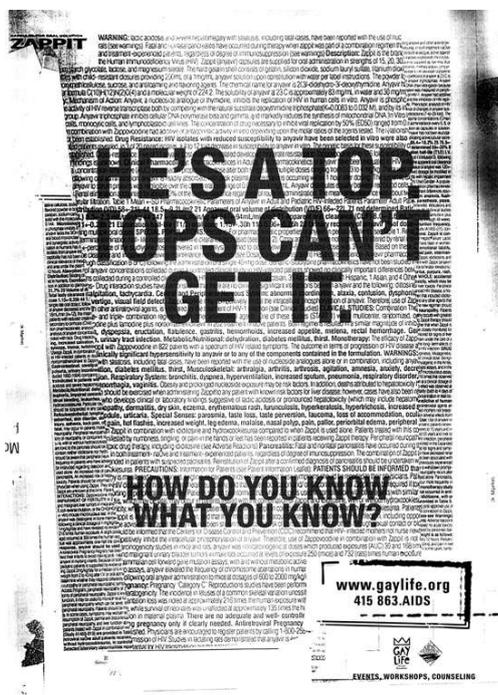


Figura 3- Campanhas assumptions SFAF



Fonte: San Francisco AIDS Foundation - SFAF (2002)

AMPLIANDO A ATUAÇÃO DO DESIGNER COMO SAÍDA PARA OS PROBLEMAS DA PREVENÇÃO

Antes de se debater a posição do designer enquanto parte do processo de prevenção, é necessário explicitar a demanda de uma relação multidisciplinar como um aspecto sempre obrigatoriamente acoplado às formas de se pensar o design, por várias razões: primordialmente deve-se pensar no enriquecimento trazido pelo diálogo entre o design e outras disciplinas.

Essa troca proporciona a possibilidade para que o profissional de design repense questões de outras disciplinas por diferentes pontos de vista. Além disso, pode-se pensar que a atividade projetiva “prática” do design nada mais é do que um constante diálogo e intercâmbio com outras formas de conhecimento, ou seja, sem troca, não existe design.

Atualmente, algumas iniciativas já romperam com este “modelo”, como é o caso do jogo online “foldit, resolva quebra-cabeças para a ciência” (<http://fold.it/portal/>). Nele, a partir de uma interface de game criada por designers e programadores os jogadores resolvem problemas científicos ligados a diversas questões não solucionadas por pesquisadores durante anos. O jogo oferece diversas alternativas de atuação para o jogador, que forma times, escolhe um desafio ligado a suas competências e começa a jogar em um sistema que pontua novas descobertas. Atualmente o site oferece alternativas de jogos ligados a densidade de elétrons, ou ainda a metabolização de proteínas alergênicas do pólen. No caso específico do HIV, os jogadores do foldit, resolveram em três semanas uma questão ligada à estrutura do RNA na replicação do vírus HIV e sua combinação com diferentes proteínas, que durante muito tempo permaneceu um problema não solucionado entre cientistas e pesquisadores do HIV/Aids.

Foldit permite que pessoas de diferentes formações ao redor do mundo colaborem na previsão da estrutura de moléculas de proteínas, informação chave para se compreender suas funções e usos. Neste caso o mistério envolvia um tipo de enzima que tem papel fundamental na proliferação do vírus da Aids. As pesquisas de remédios para bloqueá-la porém, enfrentavam dificuldades pelo fato de não se saber qual seria sua real aparência. [...] Lançado o desafio no “Foldit”, usuários produziram modelos tão bons da estrutura da enzima que pesquisadores puderam refiná-los rapidamente e em poucos dias determiná-la com exatidão. A estrutura é fundamental - às vezes mais que a composição química - porque destaca partes da molécula

que podem servir de alvos para desativar a enzima e conter a proliferação do vírus.” (BAIMA, 2011, p. 9-11).

O exemplo acima mostra como pode ser rica e vantajosa a inserção de profissionais de diversas áreas tanto na prevenção quanto nos cuidados em saúde. Mas para que esse tipo de inserção no campo passe a ser constante e não apenas esporádica, é essencial que se pense num alargamento das fronteiras do campo de pesquisa do design, e/ou também em uma possível permeabilização do mesmo permitindo uma troca constante de saberes entre o design e outros campos do conhecimento.

A partir daí então, pode-se começar a pensar nas ricas possibilidades que uma flexibilização na escolha de seus objetos de pesquisa poderia trazer para o campo do design. “É possível afirmar que uma teoria do design não terá campo fixo de conhecimento, seja ele linear-vertical (disciplinar), ou linear horizontal (interdisciplinar), isto é uma teoria do design é instável.” (BOMFIM, 1997, p. 29).

Muito se fala nas escolas de design sobre seu caráter “interdisciplinar”, e a justificativa da proposta de trabalho de muitos colegas de curso, se ancora nos aspectos “interdisciplinares” do design, assim como as múltiplas experiências projetuais com as quais um designer se depara ao longo de sua carreira profissional.

Não são raras as vezes em que a solução dos problemas de projeto são mais bem sucedidas e/ou eficazes, no trabalho em parceria com pessoas de outras áreas e na troca de experiências com o cliente. Essa relação com outras disciplinas se dá de diferentes maneiras, variando conforme a natureza do trabalho e o entendimento do pesquisador/profissional sobre aquilo em que consiste a interdisciplinaridade (o modo de se relacionar com as outras disciplinas) do seu trabalho.

O interdisciplinar, de que se fala muito, não consiste em confrontar disciplinas já constituídas (onde nenhuma delas, com efeito, consente em entregar-se). Para praticar o interdisciplinar, não basta escolher um <<assunto>> (um tema) e convocar a sua volta duas ou três ciências. O interdisciplinar consiste em criar um objeto novo, que não pertence a ninguém. (BARTHES, 2008, p. 81).

É necessário promover um alargamento das fronteiras do campo para

que ele se enriqueça, para que a atuação possa ser mais ampla e vista sem estranhamento por parte de outras áreas.

A partir da inserção do designer em todas as etapas da constituição das peças de prevenção o tratamento da informação contido nas campanhas poderia ser concebido de uma maneira diferente. Primeiro porque essa “informação” seria descentralizada dentro de uma equipe multidisciplinar e seria revista por profissionais de diversas áreas, mas, paralelamente a isso, deve-se pensar que uma das grandes atribuições do profissional do design é dar o melhor tratamento possível à informação, apresentando-a de forma a promover uma interação entre pessoa e objeto.

Se concebida dessa forma, (como projeto de design que é) a prevenção ficaria muito mais focada na disseminação da informação, voltada para os protagonistas da epidemia, e não como uma peça estática que “fala” sem nenhum retorno.

Nesse formato, pode-se procurar promover um diálogo entre órgãos de saúde do estado e população. Mesmo que a peça não permita um retorno concreto por parte do público, como um folheto, esse retorno pode ser obtido levando o indivíduo a refletir sobre o assunto e/ou buscar mais informações sobre ela.

A partir desta esta reflexão sobre o papel do designer na concepção de campanhas de prevenção, pode-se traçar os parâmetros e diretrizes para uma proposta alternativa de prevenção em saúde voltado para o HIV/Aids, norteado pelos pressupostos da redução de danos, e enfatizando a divulgação irrestrita da informação.

OS POSSÍVEIS CAMINHOS PARA SE MATERIALIZAR UM PROJETO DE PREVENÇÃO

Ao se pensar em um projeto de prevenção alternativo as opções existentes atualmente, deve-se ter como principal objetivo a propagação da informação da melhor maneira possível, através da promoção constante do esclarecimento de dúvidas.

Se trata de colocar à disposição da população um grande número de informações sobre Aids/HIV. Não só dados pontuais sobre o que é ou o que não é situação de risco durante a relação sexual, mas também o esclarecimento de dúvidas sobre a vivência com o vírus, a apresentação de estudos sobre novas drogas e recentes descobertas científicas com relação à doença. Dessa forma pode-se destoar da prevenção calcada apenas nas mensagens do safer sex,

e das mensagens que se limitam a divulgar o uso da camisinha sem maiores esclarecimentos.

Para que esse objetivo seja alcançado, deve-se ter em mente que a prevenção não deve ser um instrumento meramente prescritivo/coercitivo e sim uma espécie de objeto de negociação que permita uma mediação (da forma mais equitativa o possível) entre doença e desejo. Como afirma Perlongher (1987) "trata-se de oferecer a melhor informação possível, mas afirmando simultaneamente o direito ao corpo."

Uma saída interessante para a materialização desse projeto poderia passar pela presença de um site ancora, cuja função não seria apenas de um objeto expositivo com uma série de campanhas de prevenção, mas sim um sistema complexo, um portal completo com informações sobre sexo, saúde sexual, prevenção, locais para aconselhamento e apoio, ONG'S, hospitais, centros de referência e tratamento, e um espaço para o esclarecimento de dúvidas. Em conjunto com o site, haveria uma ação contínua de elaboração e a distribuição contínua de peças de mídia impressa contendo informações de cunho preventivo em diversos pontos da cidade como: bares, restaurantes, boates, sex-shops, saunas e afins. Esse movimento abriria espaço para a atuação de redutores de danos, que distribuiriam as campanhas e fariam um breve esclarecimento sobre prevenção.

Essas são apenas algumas ideias que podem ser amadurecidas para se repensar o formato da prevenção atual contando com uma participação mais marcante por parte de profissionais de design.

CONCLUSÃO

Os problemas ligados à prevenção a Aids são antigos e persistentes, alguns foram solucionados parcialmente como a substituição de campanhas que incitavam o medo e o mórbido, a introdução de peças que estimulam a testagem e o tratamento; além da presença de alguma segmentação por grupo social (gays, profissionais do sexo) são exemplos de melhora e improviso na prevenção oficial brasileira.

Todavia essa melhora não abarcou o cerne da prevenção que se manteve estagnado insistindo continuamente nas mensagens de sexo seguro, tornando a remodelação temática dos programas nacionais de educação em saúde e prevenção é uma necessidade latente no sentido de melhorar a resposta preventiva da população. Ao se insistir na tecla do safer sex, o MS Brasileiro perde a oportunidade de educar e esclarecer, e ainda fomenta a perda de credibilidade das campanhas.

Uma prevenção mais elaborada e complexa, pode se mostrar mais eficaz do que a é veiculada atualmente e tem o potencial para auxiliar a reduzir o número de novos casos além de informar e aos poucos diminuir a estigmatização ligada a Aids/HIV.

REFERÊNCIAS

BAIMA, C. **O game da medicina.** *O Globo*, Rio de Janeiro, 21 set. 2011. p. 8-11.

BARTHES, R. **Aula.** São Paulo: Cultrix, 2008.

BOMFIM, G. A. **Fundamentos de uma teoria transdisciplinar do design: morfologia dos objetos de uso e sistemas de comunicação.** *Estudos em Design*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 27-41, 1997.

GMFA. *Sex and Sexual Health*. Disponível em: <<http://www.gmfa.org.uk/sex>>. Acesso em: 10 out. 2014.

GORGULHO, Monica. **Álcool e outras drogas: a perspectiva dos direitos humanos dos usuários: Entrevista.** *Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos*, Brasília, Ano 6, n. 6, nov. 2009. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2014.

MARGOLIN, V. **Um modelo social de design, questões de prática e pesquisa.** *Revista Design em Foco*, Salvador, v.1, n. 1, p.43-38, 2004.

PERLONGHER, N. **O que é Aids.** São Paulo: Brasiliense, 1987.

PETUCO, Denis. Palavra de usuário: Engajamento em prol da redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos*, Brasília, Ano 6, n. 6, nov. 2009. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

SILVA, L. **Homossexuais e Aids: a epidemia negligenciada.** Recife: Grupo de Prevenção Asa Branca, 2013.

TREVISAN, J. S. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION – SFAF. *Campaigns that Saved Lives.* How Do You Know What You Know? 2002. Disponível em: <<http://www.sfaf.org/>>. Acesso em: 10 out. 2014.

