

Design e prevenção em saúde: uma parceria em potencial

Health design and prevention: a potential partnership

Wolfgang, S. Ferreira, P. Portinari, D.

PUC-RIO - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

PUC-RIO - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

PUC-RIO - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Retirado de: <http://convergencias.esart.ipcb.pt>

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

A partir dessa problematização, é proposta uma reflexão no sentido de formular alternativas de comunicação para prevenção e controle da epidemia de HIV/Aids que estejam em melhor consonância com as atuais demandas de saúde decorrentes das mudanças sociais e das descobertas científicas ligadas ao vírus, no sentido de promover uma melhor resposta preventiva por parte da população.

PALAVRAS-CHAVE: Design, prevenção em saúde, HIV/Aids, campanhas

ABSTRACT: This article intends to show some possible paths to the creation of new theoretical concepts that leads to the solution of problematic aspects of the health prevention of Aids/HIV and STD'S, through the participation of the designer in the prevention advent since it's conception until the last graphic retouch.

Once the problematic aspects of health prevention of Aids in Brazil are exposed, a new path, suggesting new 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

KEY WORDS: Design, health prevention, HIV/Aids, advertisement

1. Introdução

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

Nossa argumentação começa a partir da problematização da forma como as ações de prevenção a Aids vem sendo pensadas ao longo das três décadas da epidemia. Uma vez expostas as lacunas, são apresentadas 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 relacionadas ao vírus.

A ideia consiste em pensar a comunicação visual na prevenção em saúde a partir de um projeto multidisciplinar, no qual a participação do designer acontece desde a concepção inicial das mensagens até a produção das peças de comunicação. Essa metodologia pode se apresentar como uma alternativa para constituir recursos de disseminação da informação de forma efetiva e criativa. Com a intervenção desses profissionais em etapas decisivas de projeto, envolvendo processos que vão além do operacional, é possível melhorar qualidade das peças de prevenção, por meio da disseminação da informação de forma irrestrita e constituição de formatos esteticamente mais atraentes para a população. Além disso, se trata de "outro olhar" sobre o advento da doença, uma visão de um profissional das ciências humanas.

João Silvério Trevisan, Nestor Perlongher, Roland Barthes e Gustavo Bomfim, sustentam teoricamente o debate contido nesse artigo.

Apesar de o programa governamental brasileiro ser referência internacional no tocante ao tratamento clínico e à distribuição de medicamentos antirretrovirais, a atual política de prevenção à Aids no Brasil ainda é calcada quase que exclusivamente nas mensagens de sexo seguro. Essa abordagem não atende a situações de risco fora do âmbito do "sexo seguro" e expõe algumas restrições e fragilidades do programa.

2. Desenvolvimento

Os problemas da comunicação na prevenção a Aids começaram desde a descoberta da doença, uma vez que ela parece ter nascido filha de uma estrutura discursiva que a considerava uma doença de alcance limitado, e que a princípio, não se tratava de um grande problema de saúde pública do qual todos deveriam se informar e se prevenir.

Estabeleceu-se que a abrangência da doença estaria restrita aos 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 à 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 à revelia informações equivocadas ligadas ao risco de contágio, 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 nos meios de comunicação boa parte da população não dispunha de nenhum conhecimento científico apropriado em 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 campanhas de comunicação com conceitos que traziam o caráter mortal do vírus com muito mais ênfase do que as informações preventivas propriamente ditas. Essa abordagem não exatamente ajudou a promover um esclarecimento da população e, em contrapartida, gerou um aumento da estigmatização e discriminação do soropositivo. Com o tempo, essa escolha temática acabou sendo duramente criticada por entidades ligadas aos direitos dos portadores do vírus e seus companheiros e familiares.

Aos poucos então, foi-se abandonando o discurso da morte e substituindo-o pelo discurso do sexo seguro, e esse último 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, as ações de comunicação deveriam ter orientado intensamente a população com informações efetivas sobre a doença, seus efeitos, suas formas de contágio e modos de prevenção, uma vez que ainda não havia nenhuma forma de tratamento. Porém, o que se fez foi proclamar repetidamente a imposição de um comportamento – o uso obrigatório do preservativo, pautado pelo conceito do sexo seguro.

Em relação às mensagens de sexo seguro como única 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 pp 81,82)

Há mais de vinte anos, campanha após campanha, o governo mantém a mesma estratégia de comunicação, prescrever o uso do preservativo. Parece não haver uma evolução na abordagem comunicacional dessas campanhas equivalente às mudanças científicas, culturais e sociais que ocorreram ao longo das últimas décadas em relação ao HIV/Aids. De forma prática, é como se para fazer campanhas de prevenção, significasse apenas repetir a mesma mensagem, ano após ano, mudando apenas a imagem que serve como ilustração de pano de fundo. Enquanto isso, os números ligados a contaminação aumentam, novas demandas preventivas surgem, mas não existem avanços significativos na 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 LGBTQTT 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.” (Asa Branca, p7, 2013)

Em um cenário no qual propostas de sexo seguro figuram como a principal saída e os índices de contaminação se mostram em ascensão, fica claro que é necessário se repensar a forma como se pensa e concebe o mecanismo na prevenção. Nesse sentido, o paradigma da Redução de Danos pode servir como um interessante norteador. O ponto chave é começar a orientar a atuação do profissional que pensa a comunicação em saúde no sentido de reduzir os riscos, pois eliminá-los de fato é virtualmente impossível.

“Portanto, qualquer ideia de um sexo absolutamente seguro esbarra no contra-senso de uma certeza absoluta em um mundo de incertezas e probabilidades (...) Em suma, o que se deve discutir é a redução, e não a eliminação, dos riscos associados ao sexo desprotegido.” (Bastos, 2006 pp. 49-51)

Diante de tais constatações, é fundamental pensar em outras alternativas para a questão da prevenção, pois da forma como ela é trabalhada atualmente, é praticamente inócua — vejamos o exemplo das mensagens de *safer sex*; ou até mesmo problemática, a exemplo de quando uma propaganda aponta para os remédios e a testagem do vírus como soluções absolutas para todos os problemas do soropositivo. Enfim, esse tipo de estratégia, no primeiro caso, não dá conta da diversidade da prática de práticas sexuais que não levam em conta os preceitos do sexo seguro, e no segundo, alimenta a fantasia de que os remédios proporcionam uma vida saudável e plena com o HIV, o que pode levar a um efeito contrário às ações de prevenção da infecção.

2.1 A política 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 à saúde, tais 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. Atualmente é a prática prioritária para o desenvolvimento de ações junto a usuários de drogas nas três esferas do 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.” (Revista diálogos, ano 6, número 6, novembro de 2009 p9)

Pode-se pensar na RD como um contraponto terapêutico à 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 Alcoólicos anônimos (AA) e o Narcóticos anônimos (NA) 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. As 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.” (Revista diálogos, ano 6, número 6, novembro de 2009 p18)

A política de redução de danos é uma possibilidade interessante para se pensar em uma alternativa à abordagem atual das ações de prevenção a Aids pela via sexual que se aproximam mais das políticas ligadas à abordagem da abstinência. Se a utilização de políticas de RD na prevenção a Aids e às 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?

2.2. Algumas limitações: os responsáveis pela prevenção

O responsável pela prevenção em saúde no Brasil atualmente é o governo, através de seu órgão dedicado, o Ministério da Saúde. Para as ações de prevenção, são identificadas demandas pelas suas áreas técnicas e a execução das peças é realizada por agências de publicidade, tendo por base um *briefing* detalhado sobre o que o governo quer e como deve ser a campanha. Nesse formato, a execução fica por conta da agência que responde apenas às orientações dos representantes do governo em questão.

“O planejamento das ações de comunicação para a prevenção e o controle de doenças no âmbito federal se dá nas áreas técnicas do Ministério da Saúde. (...) Cabe às áreas técnicas identificar demandas e realizar o planejamento sistemático destas. A Assessoria de Comunicação faz a mediação, por meio de *briefings*, entre a demanda da área técnica da saúde e a agência de publicidade, responsável pela criação de múltiplas propostas de campanhas. (...) A decisão da aprovação das campanhas, segundo os gestores federais, é realizada pela Assessoria de Comunicação (Ascom) em conjunto com a área técnica do Ministério da Saúde.” (Brasil 2008 pp68-74)

Existem também os escritórios de design que, por demanda de trabalho ou por “tradição”, se especializam no assunto e vivem da concorrência de verbas anualmente destinadas à 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: as ações preventivas não respondem aos anseios/demandas e as necessidades de um cliente, mas sim de um instrumento financiador, o que aparentemente vem limitando imensamente o conceito das 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 gerais, orientadas para uma intervenção comportamental, que é a tendência dos modelos da prevenção e comunicação em saúde no Brasil.

O segundo problema é natural das relações de trabalho do designer em qualquer situação de projeto, a negociação dos formatos e conteúdos de uma peça de comunicação, visando resolver melhor os problemas de projeto, deve ser feita diretamente com o cliente e não com um “intermediário”. Logo, a concepção da ação de prevenção acaba destoando do “lugar comum” da rotina profissional e 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.

Nesse modelo, o designer fica restrito à execução prática dos materiais. Essa lógica é coerente com um modelo mecanicista, ultrapassada e subestima a complexidade do processo de design.

É preciso entender o design como um processo cuja “investigação e atitude científica são realizadas (em vez de aplicadas a) no campo do projeto e da prática, de modo que os primeiros são modificados pelos últimos e vice-versa” (FINDELI, 2001, p. 10). A atuação do designer se realiza mediante um pensamento frente à situação na qual ele vai intervir e modificar, e por sua vez, a situação também modifica o designer. Desse ponto de vista, as subjetividades de designers e usuários têm participação no processo de design e esse movimento direciona os caminhos da criação.

Por que então não aproveitar o profissional de design, 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 por equipes multidisciplinares. Essa característica aponta para a possibilidade de um papel mais atuante do designer dentro desse paradigma.

Do ponto de vista metodológico, pode-se pensar no modelo do design participativo como uma forma de materialização de um projeto de prevenção que leve em conta as idiosincrasias e as especificidades ligadas às necessidades preventivas relacionadas ao 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 p47)

Nesse modelo, a contrapartida do interlocutor une diversos saberes, o que é preponderante para a melhor recepção das peças pelo público e, conseqüentemente, para uma melhor resposta preventiva.

Por meio de ações voltadas a observação participativa por parte do profissional de design, pode-se obter resultados positivos na concepção de alternativas para prevenção a Aids/ HIV, uma vez que a orientação do projeto tem origem na própria realidade do público.

No caso da prevenção em saúde, a efetividade das mensagens pode ser medida apenas através das pesquisas e dos dados epidemiológicos ligados ao antes e depois da veiculação das campanhas.

2.3. Outras possibilidades para além do “safer sex”

Saindo da esfera nacional, em alguns países do mundo existem escritórios de design especializados e voltados somente para a criação de campanhas de prevenção que utilizam de forma criativa e diversificada uma gama de informações com o objetivo de cobrir o maior número de lacunas a respeito da prevenção. O resultado disso são iniciativas preventivas muito mais amplas e complexas daquelas calcadas exclusivamente nos preceitos de sexo seguro. A grande diferença entre elas e as peças brasileiras é a abundância de informação disponível para consulta.

Um bom exemplo é o site da ONG inglesa “*The gay’s man health charity*” ou GMFA, onde 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 e 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 à sede física da ONG que oferece testagem, aconselhamento e apoio.

Existe toda uma seção destinada à 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 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.

Outra alternativa preventiva que escapa 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 pessoais” com relação as possibilidades de contaminação pelo vírus HIV, tais 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 questioná-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 1- interface do site GMFA

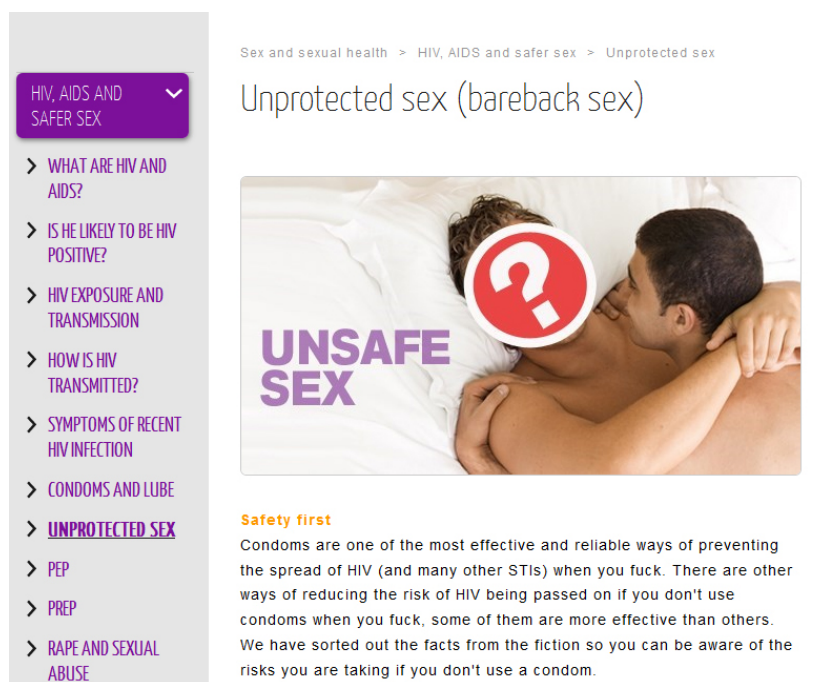
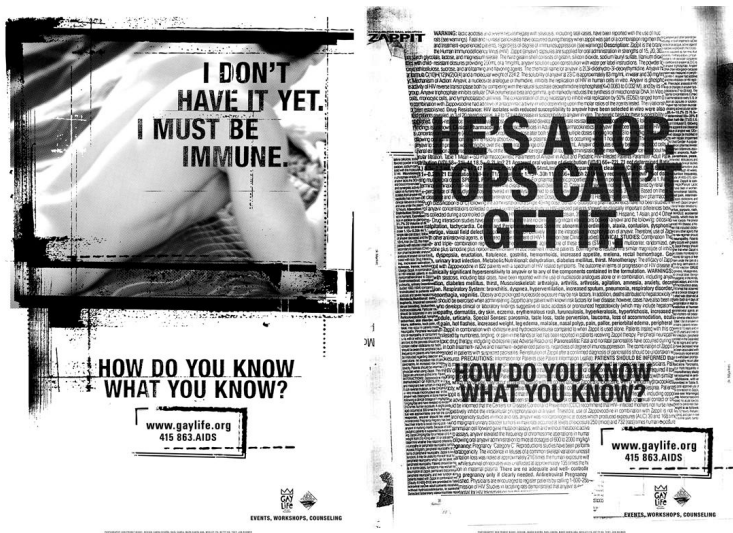


Figura 2 e 3 - campanhas *assumptions* SFAF 2002



2.4. Ampliar a atuação do designer, uma proposta para comunicações de prevenção.

Antes de debater a posição do designer enquanto parte do processo de prevenção, é necessário explicitar a demanda de uma relação multidisciplinar como um aspecto intrínseco às formas de se pensar o design. Primordialmente deve-se levar em conta o enriquecimento trazido pelo diálogo entre o design e outras disciplinas. Essa troca proporciona a possibilidade para que o profissional de design analise as questões de projeto em relação a 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.

Para Findeli (2001), o processo de design deve incorporar a composição da problemática e do impacto do projeto. Com essa visão, design não faz soluções para um problema dado, mas problematiza uma situação e age com ela. O autor defende que o processo de design é uma situação de investigação que requer do designer “agir (to act)”, em vez de “fazer (to make)” considerando que “agir” está relacionado à razão prática (práxis) em um panorama ético, e “fazer” relacionado à razão instrumental, sob uma perspectiva tecnológica. E, nesse entendimento, o “fazer” (instrumental) é apenas uma parte do “agir” (práxis) (FINDELI, p.14).

Para que haja uma possibilidade real de inserção do designer em todas as etapas da elaboração de comunicações para prevenção em saúde é essencial que se promova um alargamento das fronteiras do campo de pesquisa do design, permitindo uma troca constante de saberes entre o design e outros campos do conhecimento. A partir daí então, pode-se começar a pensar nas diferentes 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)

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 p81).

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.

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

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

2.5 Os possíveis caminhos para se materializar um projeto de prevenção

Ao se pensar em um projeto de prevenção alternativo às 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 número maior 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 divergir 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, é preciso 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.”.

Como proposta de intervenção, um caminho interessante para a materialização desse projeto poderia ser a criação 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. Um verdadeiro espaço para disseminação de informações e esclarecimento de dúvidas. Em conjunto com o site, poderia se pensar em uma ação contínua de elaboração e distribuição de peças de mídia impressa, contendo informações de cunho preventivo, em diversos pontos da cidade tais 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.

3. 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 incentivo ao tratamento. Além disso, a presença de alguma segmentação das campanhas por grupo social (gays, profissionais do sexo) são exemplos de melhora e uma maior flexibilidade na prevenção oficial brasileira.

Todavia essa melhora não abarcou o cerne da prevenção que se manteve estagnado insistindo continuamente nas mensagens de sexo seguro, sem no entanto produzir os efeitos esperados. A opção pelas mensagens de *safer sex* nas campanhas nacionais limitam as possibilidades de veiculação de mensagens com teor mais informativo e excluem outras abordagens que podem educar e esclarecer a população sobre a vivência e tratamento de portadores de HIV.

Portanto, a remodelação da abrangência temática dos programas nacionais de comunicação em saúde e prevenção é uma necessidade latente no sentido de melhorar a resposta preventiva da população.

O campo do design oferece uma abordagem holística e aposta na participação dos agentes interessados no processo de desenvolvimento de produtos, sistemas ou serviços. Trata-se de uma atividade cuja vocação é precisamente integrar conhecimento disperso, tendo em conta os valores e interesses das pessoas. Tendo isso em vista, Uma campanha de comunicação de prevenção elaborada com a metodologia do design participativo pode gerar resultados mais complexos e se mostrar mais eficaz uma vez que proveria o esclarecimento gradativo de porções da população que estão carentes de informações ligadas à epidemia de HIV/Aids.

Isso poderia ser feito com a inserção do designer entre as populações de risco, membros de ONG'S, redutores de danos e profissionais da saúde na criação de novas peças de comunicação visual que privilegiem o usuário e a informação, em detrimento da repetição das mensagens de sexo seguro. Esse tipo de ação 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 Bibliográficas

- BASTOS, Fernando. Aids na Terceira Década. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. ISBN: 85-7541-091-1
- BARTHES, Roland. Aula. São Paulo: Cultrix, 2008 ISBN: 9788527301701
- BOMFIM, G. A.. Fundamentos de uma Teoria Transdisciplinar do Design: morfologia dos objetos de uso e sistemas de comunicação. In: Estudos em Design, Rio de Janeiro: v. 5, n. 2, 1997. ISSN 1850-2032
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gestão da comunicação aplicada a vigilância em saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2008. ISBN 978-85-334-1737-3.
- FINDELI, Alain. Rethinking Design Education for the 21st Century: Theoretical, Methodological, and Ethical Discussion. In: Design Issues. v 17. n. 1, 2001, p. 5-17.
- MARGOLIN, Victor. Um modelo social de design, questões de prática e pesquisa. In: Revista design em foco. Bahia: UEB, 2004. ISSN: 1807-3778
- PERLONGHER, Nestor. o que é Aids. São Paulo: Brasiliense, 1987 ISBN 851100052-6
- POLLAK, Michel (1990) “Os homossexuais e a AIDS”, Estação Liberdade, São Paulo ISBN: 978-85-99959-12-1
- Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos, Ano 6 número 6, Novembro de 2009, Brasília, Conselho Federal de Psicologia. ISSN: 1809-3568
- SILVA, Luiz. Homossexuais e Aids: A Epidemia Negligenciada. Recife: Grupo de prevenção Asa Branca, Cadernos 2013. ISSN: 2087-3577
- TREVISAN, João. Devassos no paraíso: A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004. ISBN, 8501050660

Reference According to APA Style, 5th edition:

Wolfgang, S. Ferreira, P. Portinari, D. ; (2016) Design e prevenção em saúde: uma parceria em potencial. Convergências - Revista de Investigação e Ensino das Artes , VOL IX (17) Retrieved from journal URL: <http://convergencias.ipcb.pt>