

Comunicação e performance para a prevenção às DSTs/Aids

Fernando Alvares Salis
Mônia Mariani Besch

Este artigo discute o resultado de um esforço articulado entre Estado, comunidade científica e movimentos sociais com o objetivo de contribuir, através de um trabalho de comunicação, para o desenvolvimento e o fortalecimento de iniciativas comunitárias de prevenção às DSTs/Aids, sobretudo em contextos de pobreza urbana. Através de pesquisa e da realização e distribuição de um documentário sobre o trabalho de líderes comunitários em bancos de preservativos de duas áreas do município do Rio de Janeiro (Mangueira e Jardim América), propomos uma estratégia de comunicação para aumentar a acessibilidade mútua entre os três setores-chaves reunidos nesta pesquisa, reforçando assim o desenvolvimento e multiplicação dessas ações.

Foram pesquisados, entre dezembro de 2005 e dezembro de 2006, os seis principais bancos de preservativos criados pelos participantes do Conselho dos Gestores Comunitários das Favelas do Rio de Janeiro (Congesco)¹, em funcionamento nas seguintes localidades:

1) Na Mangueira – na sede do núcleo social do Centro Integrado de Ação Comunitária do Morro dos Telégrafos (Ciate)², na Associação de Moradores de Triagem e na Associação de Mulheres da Mangueira.

2) No Jardim América – na sede da Organização Não-Governamental (ONG) comunitária Centro Integrado de Ação e Desenvolvimento Social (Ciads)³ em Beira-Rio, na favela Terra Encantada e na barraca da Dona Bil, na favela do Dique.

Partindo do pressuposto de que o diálogo entre políticas públicas de saúde e a produção democrática de conhecimento seja fundamental para diminuir a vulnerabilidade das populações às DSTs/Aids, esta pesquisa tem como principais objetivos conhecer o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários desses bancos de preservativos e ampliar a visibilidade de seus esforços, contribuindo assim para a multiplicação dessas iniciativas por outros contextos sociais.

A noção de democracia aqui colocada remete à intrínseca relação entre conflito e transformação social. Pensando a democracia como a materialização das propostas de liberdade, igualdade, solidariedade, diversidade e participação nas relações humanas (Souza, 1993), a produção democrática do conhecimento deve considerar a importância do conflito, do questionamento, da negação de discursos estabelecidos e da produção e reconhecimento de novos discursos que não estejam legitimados *a priori*.

A questão inicial dessa problemática se coloca da seguinte forma: como a articulação e co-atuação política entre setores da sociedade e do Estado pode garantir a prevenção às DST/Aids em contextos sociais tão específicos como os das favelas? Como, através de um trabalho de comunicação, promover as ações dos agentes comunitários que desenvolvem estas estratégias? Como reconhecer que o voluntariado local é característica fundamental dessas iniciativas, mas, ao mesmo tempo, reconhecer também que é imprescindível o investimento material e financeiro do Estado na infraestrutura desses bancos, em materiais informativos e na capacitação e sustentabilidade desse trabalho?

Ao partirmos da hipótese de que a comunicação e a colaboração entre diferentes atores e grupos sociais são imprescindíveis para o desenvolvimento dessas ações de prevenção, já a buscamos na própria metodologia de trabalho escolhida. Através dos princípios teóricos e metodológicos propostos, os agentes comunitários tornaram-se protagonistas da pesquisa e transformaram o seu próprio cotidiano em objeto de estudo. Após o estranhamento inicial causado pela mudança de perspectiva metodológica, os agentes passaram a interpretar as suas ações a partir de uma postura analítica dialógica.

Outro aspecto relevante de nossa metodologia foi a utilização do vídeo como instrumento de pesquisa. A linguagem audiovisual foi utilizada não apenas como meio de registro para a edição de um produto final, mas como instrumento de investigação da *performance*⁴ dos agentes comunitários, de seus bancos e comunidades. Através da dinâmica de interação entre equipe de produção de vídeo e agentes — e também da intervenção ativa nos ambientes pesquisados —, pudemos refletir sobre importantes elementos das relações sociais, aspectos subjetivos, materiais, corporais e discursivos. Composta por pesquisadores da área de saúde pública, comunicação e sociologia (atuando como grupo coordenador) e por agentes residentes nas comunidades (cinco atuando como pesquisadores analistas e cinco atuando como pesquisadores de campo), a equipe manteve reuniões gerais semanais a partir das quais foram exaustivamente debatidos os formatos e o desenvolvimento dos instrumentos de pesquisa, bem como a análise dos dados coletados, dentre outras questões relativas ao projeto.

A intervenção da dinâmica de produção em vídeo nas comunidades se valeu da prévia experiência que o grupo do Congesco já havia tido com outras produções. Neste sentido, não foi uma novidade a inserção de equipamentos e equipe no ambiente dos bancos de preservativos. Mais além do que uma simples intervenção, a produção em vídeo pôde contar com a parceria da comunidade para a organização das ações de produção e necessidades de gravação. Dado o contexto de realização da

pesquisa e o domínio do tráfico de drogas nas comunidades, o desafio e as melhores estratégias para fazer uma gravação audiovisual em um ambiente discreto como um banco de preservativos foi debatido em reuniões. O grupo optou por gravar atendimentos nos bancos, eventos organizados pelo Ciads e Ciate, grupos focais e entrevistas com usuários e agentes. Embora tenhamos mantido uma postura mais observacional do que interativa, não tentamos esconder a produção de vídeo, nem dos usuários nem das comunidades envolvidas. A idéia inicial era a de que as gravações se dessem em dispositivos⁵ que já as incluíssem: menos testemunho, mais processo constitutivo de uma pesquisa. Antes de pretendermos fechar a representação mimética de um objeto, desejamos envolver o espectador no debate sobre os temas abordados.

Através da análise do material audiovisual captado e editado, elaboramos uma versão final de um documentário com o objetivo de contribuir para a otimização e multiplicação das ações de agentes comunitários não apenas no Rio de Janeiro, mas em outras regiões do Brasil.

QUALIDADE DE VIDA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: PRINCÍPIOS PARA A PREVENÇÃO

Nossa pesquisa se norteou por dois princípios teóricos fundamentais. Baseados em diversos estudos sobre o fenômeno da Aids no Brasil e no mundo, partimos de duas perspectivas que acreditamos essenciais não apenas para a abordagem teórica, mas também para o enfrentamento prático desse fenômeno. Em ambos os pressupostos, vemos o papel fundamental da comunicação para a transformação social:

1) A perspectiva da determinação social da saúde: carências informacionais, educacionais, de autodeterminação, menor capacidade de negociação intergênero, dentre outras, certamente aumentam a vulnerabilidade às doenças em geral, e às DSTs/Aids em particular. Ainda que não se possam explicar separadamente os efeitos de cada um dos determinantes sociais sobre o crescimento das infecções sexualmente transmissíveis, acreditamos que o desenvolvimento de estratégias de prevenção deve articular-se à luta por melhores condições de vida e saúde.

2) A perspectiva da participação social na saúde: o envolvimento das comunidades na formulação e implementação de políticas e programas de saúde é imprescindível para o desenvolvimento de ações eficazes. Neste sentido, a eficácia dessas ações é diretamente proporcional à atenção dada, tanto na concepção quanto em sua implementação, à forma como os sujeitos se relacionam e partilham valores e códigos éticos e morais em contextos sociais específicos.

Articulando esses dois princípios teóricos básicos, privilegiamos a contribuição da comunicação, seus instrumentos e linguagens para as estratégias de

prevenção às DSTs/Aids. O enfrentamento, especialmente da Aids, implica na construção de uma estratégia comunicacional dialógica, voltada a grupos específicos, marcada mais por uma posição afirmativa focalizada nas mudanças do que em uma interdição moralista de comportamento. Para pensarmos o papel da comunicação nessas ações de prevenção, devemos considerar a proximidade entre os agentes comunitários e os usuários dos bancos de preservativos como diferencial fundamental de seu trabalho. Esses agentes são elementos-chave para a criação de discursos e ações eficazes sobre a prevenção.

Desta forma seria impossível analisar o impacto e a importância dos bancos de preservativos sem considerar o contexto em que eles se desenvolveram, e as comunidades nas quais os agentes vivem e trabalham. Qualquer iniciativa voltada à prevenção de doenças e melhoria da saúde de uma população deve ocupar-se em entender e considerar os determinantes destas no plano individual/pessoal, mas também, e principalmente, no plano social/coletivo.

Ainda que a relação entre a saúde e as condições de vida das populações seja tema debatido desde a Antiguidade, até o surgimento da medicina social o espaço social esteve em segundo plano, sendo abordado somente enquanto contexto do desenvolvimento de enfermidades (Foucault, 1998). O tema assumiu um lugar central nos estudos sobre saúde em meados do século XIX. Com a falência dos modelos explicativos centrados na unicausalidade, alguns estudos buscaram explicar os problemas de saúde a partir das condições impostas pelas forças produtivas do novo capital industrial, da urbanização e das recentes e constantes migrações. (Rosen, 1980).

No início do século XX, porém, no contexto político dos regimes absolutistas e das duas grandes guerras, estes estudos ficaram subsumidos a iniciativas esparsas e sem protagonismo até que a realização, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), da I Conferência Internacional de Saúde em Alma-Ata (1978) trouxe à tona a necessidade de considerar o contexto social como elemento-chave das condições de saúde. Posteriormente, a Carta de Ottawa (1986) radicaliza o debate ao defender valores como paz, habitação, educação, alimentação, renda, meio ambiente saudável, justiça social e equidade como recursos fundamentais a uma população saudável, inaugurando uma nova referência para o desenvolvimento de estratégias e políticas de saúde. O documento integra à biologia as dimensões dos estilos de vida, do meio ambiente, do acesso aos serviços e estruturas sociais e principalmente a capacidade de transformação dessas condições, no âmbito do conceito/valor de “promoção da saúde”:

O conceito de Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de

vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo⁶.

A principal contribuição deste documento, no entanto, foi a ênfase dada à saúde como um valor positivo, marcado não pela negação de ações e/ou comportamentos, mas pela aposta nas potências sociais e pessoais, ampliando o debate para além do setor da saúde e reconhecendo que o bem-estar global demanda a incorporação de diferentes saberes e estratégias.

No Brasil, este debate ganhou força a partir dos anos 1970, culminando, no final dos anos 1980, com a incorporação da noção ampliada de saúde à Constituição Brasileira.⁷ Essa noção ampliada pressupõe que intervenções voltadas à transformação das condições de saúde implicam em: i) considerar a dimensão e os impactos da exclusão socioeconômica; ii) integrar esforços para a redução dos impactos nocivos da iniquidade social sobre a saúde; e iii) considerar as formas de articulação das camadas populares.

O impacto da segregação étnica e racial, a discriminação sexual ou de gênero, a violência sistêmica, o desrespeito de direitos civis e humanos e as dificuldades de acesso à educação e informação são dificuldades cotidianas que condicionam e influenciam direta ou indiretamente a situação de vida e de saúde das comunidades estudadas. Numa adição perversa, a alta taxa de desemprego e o crescimento do trabalho informal – entendido como forma regular de geração de renda, de interação social e de participação no processo produtivo — tornam a desigualdade social uma característica permanente das sociedades atuais⁸.

Referimo-nos à desigualdade em sua dimensão coletiva, marcada pela diferenciação no acesso a bens e serviços materiais ou simbólicos: materiais como alimentação, habitação e tratamento médico; simbólicos como informação, autodeterminação, capacidade de negociação do exercício da sexualidade, dentre outros (Bastos e Szwarcwald, 2000). Ao mesmo tempo em que a saúde é determinada por estas relações de desigualdade, as ações de saúde desenvolvidas por um governo ou por um Estado podem e devem reduzir o impacto negativo das iniquidades sociais.

Não desconsideramos a dimensão subjetiva das escolhas e comportamentos, mas partimos da premissa de que se os comportamentos não são totalmente determinados socialmente, são produzidos através de uma rede formada pelas relações sociais, heranças culturais, compartilhamento da linguagem e inserção sociogeográfica do sujeito. Reconhecemos que há grande dificuldade em identificar uma relação causal direta destes fenômenos com o aumento da vulnerabilidade às DSTs/Aids, mas defendemos a perspectiva de que as suas emergências e disseminações devem ser pensadas, problematizadas e sobretudo enfrentadas no âmbito de uma

ecologia social em que a interpretação do desenvolvimento de doenças e seu enfrentamento se dá no interstício da subjetividade, das relações sociais e do ambiente (Guattari, 1990).

O desenvolvimento da Aids no Brasil assumiu, desde a detecção dos primeiros casos em 1980, um caráter diferenciado de rápida mutação, agravado ao longo dos anos pela pauperização e feminização da epidemia. Desde o início marcado por respostas políticas e sociais, e pelo forte envolvimento de entidades da sociedade civil, o enfrentamento da epidemia constituiu-se principalmente na intersecção entre órgãos governamentais e organizações não-governamentais. Esses atores construíram diferentes discursos sobre a Aids, seus impactos e estratégias de prevenção. Discursos formados em constante embate e negociação, freqüentemente representando posições e vozes historicamente desqualificadas no âmbito da produção de sentido sobre a saúde.

A atuação dos movimentos populares deu-se em oposição ao “discurso competente” (Chauí, 1993). Um discurso que se diz e se toma como verdadeiro porque dele foram ocultados sua dimensão histórica e seu *topos* político, no qual os interlocutores já têm previamente estabelecidos seus lugares de falantes e ouvintes, e a forma e o conteúdo estão delimitados de acordo com a competência que lhes é atribuída. O discurso competente é elemento de dominação na medida em que, enquanto prática social, retira do sujeito o sentido de sua própria experiência. O sentido válido fica circunscrito ao saber técnico-científico, que determinará as formas possíveis de sentir, falar, ouvir, pensar, amar, viver, e até mesmo de sofrer.

Foi como um contradiscurso que os movimentos sociais de luta contra a Aids ganharam força e assumiram papel decisivo na definição de políticas de controle da doença, em um movimento de conflito e contradição do discurso competente. No Brasil especificamente, a Aids se desenvolveu em um momento de refração das políticas públicas, num contexto de incapacidade do Estado em absorver as demandas e respondê-las com a eficácia necessária. As ações de grupos sociais organizados, seja na forma de pressão política, seja na assistência direta aos afetados, ou mesmo na prevenção e controle da doença, foram amplamente reconhecidos e divulgados, e a intensidade crítica do debate entre Estado e sociedade civil foi fundamental para o amadurecimento de ambos na construção de alternativas para o enfrentamento do vírus e a prevenção de novas infecções, implicando, inclusive e principalmente em ações conjuntas.

Foram várias as tentativas de incorporação dos saberes e estratégias construídas pelos movimentos sociais e, mais recentemente, de apoio direto a estas iniciativas. Esse tema é capital na atual agenda dos formuladores de políticas públicas

e pesquisadores da área da saúde em geral e da aids em particular. A Aids, não sem conflito, foi progressivamente articulando Estado e sociedade de uma forma inédita, e a celebração de parcerias foi se colocando como peça-chave para o enfretamento da epidemia, dada a urgência em interromper a proliferação do vírus.

Uma das iniciativas de articulação bem-sucedidas foi a criação, em 1997, pela ONG Médicos Sem Fronteiras (MSF), do Programa Local de Prevenção às DSTs/Aids (PLP). O projeto baseava-se na distribuição regular de preservativos para usuários cadastrados e na realização de oficinas temáticas com o objetivo de envolver as populações na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids, através de atividades em que pudessem receber informações, aprender sobre prevenção e ter acesso gratuito a camisinhas. Os bancos de preservativos – locais da distribuição – eram geridos por voluntários das próprias comunidades beneficiadas, entre eles os fundadores do Congesco, com assessoria da equipe do MSF. Seguindo os preceitos da própria organização, esses voluntários foram preparados e incentivados a continuar o programa, articulando-se com órgãos governamentais e não-governamentais. É na continuidade e na avaliação da importância desse processo que esta pesquisa se insere, buscando identificar as especificidades e as lacunas do trabalho desenvolvido nos últimos dez anos nos bancos de preservativos geridos pelo Congesco/RJ.

CRIANDO NOVAS REDES SOCIAIS: O CONGESCO NO FÓRUM SOCIAL MUNDIAL

A emergência da participação decisiva das ONGs no combate contra a Aids é sintoma de uma profunda mutação do funcionamento do Estado moderno no mundo contemporâneo. Esta mutação reflete tanto o progressivo declínio do Estado de Bem-Estar Social europeu desde o final do século XIX, quanto a ascensão do capitalismo informacional americano, sobretudo a partir da década de 1970. Dentre as principais transformações nos modos da organização social no enquadramento do que poderíamos chamar de “passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle” (Deleuze, 1992), estão as transformações das funções políticas e econômicas do trabalho, do conhecimento e da comunicação (Hardt e Negri, 2004). O modelo da centralização institucional vertical cede espaço para o da formação de redes horizontais.

Do ponto de vista comunicacional, na pós-modernidade, vivemos a era da *performance*. *Performance* aqui entendida tanto em sua dimensão cultural de comportamento social e artístico, quanto em seu aspecto de desempenho profissional, econômico e tecnológico (McKenzie, 2001). A *performance* é prática discursiva que envolve interlocutores em posições de enunciação socialmente definidas, através de sistemas de “*habitus*” e convenções sociais (Goffman, 1998). A realidade social é

encenada por sujeitos sociais concretos, que desenvolvem estratégias para dar conta daquilo que se propõem instituir e transformar por meio de suas produções discursivas. Pensamos em termos de *performance* tanto a eficácia da vida cotidiana e a das ficções audiovisuais, quanto a eficiência produtiva empresarial e a efetividade de equipamentos e produtos. Sob o signo do desempenho, podemos reconhecer tanto as transformações econômicas na esfera do trabalho e das inovações industriais, quanto as exigências de globalização multicultural dos meios de comunicação de massa. *Performance* aqui significa, sobretudo, ação comunicativa, a dimensão corporal da visibilidade dos discursos. Na era da comunicação, a *performance* toma o posto de comando (Salis, 2003).

Neste sentido, a performatividade que interessa a este trabalho é a da eficácia da comunicação social. A profusão das tecnologias de comunicação e especificamente da televisão digital e da Internet nos estimulam a pensar na comunicação tanto em seu aspecto cultural de produção de valores, quanto no aspecto organizacional da articulação de esforços para a realização de projetos comuns. De tal modo as necessidades e possibilidades de comunicação se desenvolveram no mundo contemporâneo, que o seu poder se tornou a outra face de todas as outras áreas de conhecimento e produção humana. A comunicação constitui a dinâmica de poder que rege o funcionamento global.

Um aspecto decisivo das transformações do mundo contemporâneo é a descentralização dos modos de comunicação de massa. Ao contrário do modelo macrossociológico funcionalista da era da cibernética, do cinema e da televisão analógica, a era da *performance* é a da informação não-centralizada, onde o modelo comunicacional em desenvolvimento passa a ser menos o da projeção e o da teletransmissão, e mais o da interação e conexão em rede⁹.

Essa não centralização favorece a formação de novas redes sociais. Mesmo com o alto custo das novas tecnologias e as restrições em termos de acessibilidade para a maior parte da população mundial, é inegável que novas formas de comunicação vêm proporcionando uma troca maior entre grupos sociais distintos, com significativo impacto tanto em uma dimensão local, quanto global. Qualquer iniciativa que pretenda intervir em quadros epidemiológicos deve considerar essas novas possibilidades de comunicação.

Sintoma maior das novas formações de redes sociais, o Fórum Social Mundial (FSM) tem um papel fundamental no atual panorama das grandes discussões sobre temas globais, dentre eles as novas formas de produção e circulação do conhecimento e de uma nova ética comunicacional. Assim como os movimentos estudantis de 1968, dos direitos civis nos EUA, do ativismo feminista, entre outros, o

FSM também foi criado como alternativa ao pensamento “único”, dominante no capitalismo contemporâneo. É o pensamento social que, ao questionar, dá uma resposta ao pensamento econômico. O FSM coloca o “nós” como problema capital na agenda política do mundo.

Foi no ambiente interacional do Fórum Social Mundial de Porto Alegre, em 2003, que se formou a equipe desta pesquisa. Na ocasião, o grupo do Congesco pretendia, através das discussões do Fórum, consolidar os seus projetos sociais, dentre eles, os dos bancos de preservativos implementados nas comunidades envolvidas no Conselho. A partir da troca de experiências com outros grupos, especialistas, políticos, intelectuais e acadêmicos, o grupo reforçou decisivamente a sua necessidade de participação ativa nas discussões de políticas públicas sobre os destinos dos trabalhos sociais mantidos por eles em suas comunidades. A novidade era a possibilidade de se fazer ouvir não apenas por seus pares e por autoridades locais, mas também por pessoas e grupos de outros países.

Parte igualmente decisiva desta novidade foi a participação do grupo em matérias jornalísticas internacionais e dois longa-metragens documentários sobre o Fórum Social Mundial. No mais recente deles, *Nós em rede*, o grupo teve a oportunidade de ver o seu trabalho exibido não apenas em eventos acadêmicos e festivais internacionais, mas também em *sites* na Internet e programas de televisão de grande audiência como o *RJ TV*, o *Globo Repórter* e o *Jornal Nacional*¹⁰.

COMUNICAÇÃO E EFICÁCIA

A idéia central que preside à questionação epistemológica provocada pelo FSM é que o conhecimento que temos da globalização, tanto hegemônica quanto contra-hegemônica, é menos global que a própria globalização (Santos, 2005, p. 20).

Ao refletir sobre os pressupostos teóricos, epistemológicos e tecnológicos que fundamentam o FSM como atividade contra-hegemônica, o sociólogo Boaventura de Souza Santos (2005) reconhece que, embora as práticas e saberes constituintes do FSM questionem os valores da globalização capitalista hegemônica, o próprio FSM não se realizaria sem o conhecimento científico e tecnológico que está na base da eficácia dos poderes hegemônicos. O exemplo mais emblemático disto é a utilidade decisiva das tecnologias de informação e de comunicação para o seu desenvolvimento. O FSM problematiza os critérios de avaliação dominantes, relativizando os parâmetros da “eficácia” do capitalismo contemporâneo em termos sociais, ambientais, de saúde e de diversidade cultural, para propor um uso diferente da comunicação, da ciência e da tecnologia. Para tal, é preciso reconhecer os saberes produzidos pela periferia.

Entre as várias “teses para o aprofundamento da democracia” propostas pelo sociólogo português, destacaremos aquela que aponta para a articulação que fazemos entre performatividade e eficácia social da comunicação: “Não há justiça social global sem justiça cognitiva global. Não há democracia sem educação popular. (...) Não há democracia das práticas sem democracia dos saberes” (Santos, 2005, p. 112). Esta tese nos interessa pela sua defesa da democratização das práticas sociais, não apenas no sentido da informação trocada nestas práticas, mas também dos processos cognitivos envolvidos na produção de conhecimento que as orienta. Ela articula a performatividade em jogo no trabalho de prevenção dos agentes comunitários e a troca de conhecimentos produzidos entre comunidades e Estado (Butler, 2001). Por performatividade da comunicação entendemos a inseparabilidade entre a atuação social, a ação organizacional e a produção discursiva verbal e corporal; por eficácia social entendemos a capacidade de se atingir objetivos previamente fixados como metas para políticas públicas democráticas.

OS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para pensar a *performance* dos agentes partiu-se de uma necessidade central – a caracterização dos usuários, interlocutores das ações desenvolvidas há tantos anos e identificados somente pela relação de proximidade e de convivência com os agentes. A primeira opção metodológica para a identificação do perfil dos usuários foi a aplicação, no ato da entrega dos preservativos, de um questionário semi-estruturado, contendo questões objetivas e algumas opções descritivas. Foram identificadas questões gerais colocadas pelos agentes, tais como orientação religiosa, opção sexual, diversidade de parceiros, frequência do uso do preservativo, preconceito, grau de satisfação dos usuários, informações sobre formas de transmissão do vírus, dentre outras.

Relacionadas estas questões, optou-se pela separação das perguntas em quatro grandes blocos voltados à identificação (1) do perfil socioeconômico, (2) da relação estabelecida com os bancos de preservativos, (3) do conhecimento sobre DSTs/Aids e (4) do comportamento sexual das pessoas cadastradas nos bancos de preservativos.

A fase de aplicação dos questionários teve quatro meses de duração, e as dúvidas e dificuldades foram debatidas nas reuniões semanais. Lembrando o contexto de desenvolvimento da pesquisa, é preciso esclarecer que o movimento dos bancos apresenta uma flutuação relacionada a variáveis como a chuva, feriados, dia de pagamento dos usuários (recebimento do salário na última/primeira semana do mês), festas e, principalmente, episódios de invasão das comunidades pela polícia ou

guerra entre grupos rivais no tráfico. Não raras foram as vezes em que membros de uma ou outra comunidade não puderam participar das reuniões gerais pelo clima de tensão e pelo perigo em circular pela comunidade nesses momentos de guerrilha urbana¹¹.

Após quatro meses de pesquisa e mais de 300 questionários coletados, os pesquisadores concentraram-se na tabulação e análise dos dados, bem como na realização de grupos focais com respondentes interessados em debater mais detalhadamente questões relativas à prevenção.

Os grupos focais foram realizados tendo como perspectiva a sua potencial função agenciadora de novas idéias. Além de balizar as informações colhidas através do questionário, fornecendo uma visão mais profunda e subjetiva, a intenção de realizar os grupos focais foi instigar os participantes e envolver a comunidade, proporcionando um espaço de interação e de questionamento das estratégias de prevenção existentes naquele território, inclusive daquelas desenvolvidas pelos agentes.

Foram realizados seis grupos focais, um em cada uma das comunidades. Os debates foram gravados em vídeo e tiveram, em média, três horas de duração. Apesar da pouca mobilização e participação em dois deles (Terra Encantada e Dique), ficou patente a demanda por espaços de troca e conversa sobre DSTs/Aids, sexualidade, preservativo, saúde e educação nas comunidades.

Pensado inicialmente como meio de debater e aprofundar questões sobre o perfil do usuário, os grupos focais se revelaram dispositivos privilegiados para o fortalecimento do trabalho desenvolvido nos bancos, transportando tanto usuários quanto agentes para um contexto de debate diferente do usual.

INFORMAÇÕES E PERCEPÇÕES SOBRE DSTS/AIDS

Dos quatro blocos do questionário, nos deteremos neste artigo na análise do terceiro, sobre informação e percepção sobre DSTs/Aids, por ser aquele voltado especificamente para questões de comunicação. Nesse bloco, as questões se estruturam em torno da relação entre informação e contágio.

Na medida em que só podemos nos prevenir contra o que temos algum conhecimento – o que podemos considerar como problema –, a própria existência dos bancos possui um aspecto estratégico fundamental, pois promove maior circulação de informações a respeito da necessidade de prevenção às DSTs/Aids, as formas de contágio e os sintomas da doença.

Mesmo que os usuários não compreendam claramente a função de prevenção no trabalho dos bancos, sejam eles analfabetos, não leiam os folhetos, não assistam a televisão ou escutem rádio, a simples movimentação em torno de algo que

esteja sendo distribuído gratuitamente em uma favela já chama a atenção dos moradores.

Com o passar do tempo, os bancos foram se consolidando como lugar de referência para o acesso à informação. Os bancos mais antigos, como Beira-Rio e Ciate, foram, de longe, mais mencionados como primeira referência na aquisição do preservativo e como espaço de prevenção, seguidos por “posto de saúde” (2ª referência) e “amigos/familiares” (3ª referência). Considerando que a 2ª referência para acesso à informação no banco de Beira-Rio é “ONG”, e que é justamente uma ONG comunitária local (Ciads) que organiza o banco, o resultado é ainda mais expressivo: 75% dos usuários têm como referência primeira para acesso à informação o local do banco de preservativos.

Os bancos de preservativos são, portanto, fonte fundamental de informação e de propagação de uma cultura local de prevenção para esse segmento da população. Neste sentido, o investimento para o fortalecimento desta estratégia poderia significar um incremento substancial na formação de uma consciência de prevenção e na construção de uma rede de conhecimento e troca de experiências, dúvidas e ansiedades relacionadas ao exercício da sexualidade e as negociações inter e intra-subjetivas que este exercício supõe. Por outro lado, a falta de informação e de um ambiente onde o discurso sobre a prevenção possa ser compartilhado implica em grave obstáculo para a detecção e tratamento da epidemia. O desconhecimento sobre a importância da testagem regular, da existência de tratamento gratuito e da rede de assistência disponível – ainda que esta rede apresente problemas quanto ao acesso e aos serviços – contribui para a manutenção do desconhecimento da condição sorológica de parte significativa desta população e para a manutenção do silêncio que alimenta o preconceito e a discriminação.

Sobre os meios de acesso à informação, vemos a importância do trabalho de comunicação local: no resultado geral, os folhetos distribuídos pelos agentes são indicados como primeira referência (60,1%), à frente da televisão (55,3%), à revista (21,9%) e o rádio (17,8%). Em observação de campo, tanto no Jardim América quanto na Mangueira, pudemos constatar dois fatores marcantes desse resultado: além dos folhetos serem bastante didáticos e poderem ser consultados a qualquer hora, os agentes os lêem junto com os usuários, fortalecendo ambas as posições de sujeitos de conhecimento.

Este resultado reforça uma das hipóteses desta pesquisa: a necessidade de priorização do trabalho local de comunicação para a prevenção, em vez de investimentos em grande escala em veículos de comunicação de massa, em que a lógica da publicidade conforma a recepção da informação. Outro resultado que sugere

a pouca eficácia da atual política governamental de comunicação para prevenção às DSTs/Aids em comunidades pobres é o fato de que 37,6% dos entrevistados simplesmente não conversam com ninguém sobre DSTs/Aids.

As grandes campanhas de prevenção, pasteurizadas e generalizadas, não consideram as dinâmicas locais e as micropolíticas das relações sociais nessas comunidades. Baseadas ainda em uma visão homogênea da sociedade brasileira – aquela em que todos têm acesso ao preservativo, aos exames de detecção e para quem a negociação do uso do preservativo não constitui obstáculo —, as mensagens verticais e unidirecionais dos grandes meios de comunicação não são capazes de estimular satisfatoriamente uma troca horizontal de informações.

O impacto da falta de informação é sugerido, primeiramente, pelo alto índice de respostas negativas sobre DSTs: 84,6% dos usuários declararam nunca ter tido uma DST. Esta informação foi veementemente contestada pelos agentes, que, além de afirmarem que os usuários muitas vezes não sabem o que é uma DST, dizem ser um forte tabu em suas comunidades a admissão do contágio por uma dessas doenças. O tabu se sustenta aparentemente por dois motivos principais: pela reação moral a doenças relacionadas à sexualidade, o que geralmente é interpretado como uma fraqueza de caráter de quem as contrai; e pelo medo da discriminação da comunidade, o que pode, freqüentemente no caso de mulheres, se transformar em violência contra elas.

A maioria diz não ter tido nenhuma DST. Há um desconhecimento dos sintomas e os próprios médicos ginecologistas não dizem quando se trata de uma DST, quando os sintomas são os mais simples como corrimento e coceira, a maioria trata como uma inflamação apenas. Somente dizem quando possuem sintomas mais graves ou o paciente pergunta. Os usuários também só reconhecem quando possuem os sintomas como ferida ou dor (relatório de agentes de Jardim América).

Observamos através de leitura apresentada pelos gráficos que a maioria dos usuários entrevistados nunca tiveram DST. Isso não nos surpreendeu nem um pouco, porque ninguém gosta de comentar sobre qualquer tipo de DST, achando que vai ficar rotulado na comunidade (relatório de agentes da Mangueira).

O silêncio sobre o problema da contaminação parece se refletir também no desconhecimento (ou ocultamento) de casos de discriminação. 53,3% dos entrevistados nunca sofreu nem conhece alguém que sofreu discriminação por ser soropositivo:

Percebemos que o número de pessoas entrevistadas que dizem que não conhecem alguém que sofreu discriminação por ser portador do

HIV. A maioria das pessoas infectadas não fala, isso vem a confirmar a desconhecimento dos entrevistados (relatório de agente da Mangueira).

A desinformação se expressa também nos resultados sobre formas de contaminação: embora grande parte dos entrevistados mencionem relações sexuais (83,1%), transfusão de sangue (74%) e compartilhamento de agulhas e seringas (62,4%) como riscos de contaminação, são bastante significativos também os percentuais que consideram compartilhamento de copos e talheres (14,1% em Triagem), assentos de banheiro (10,6% em Terra Encantada) e beijo na boca (12,5% em Beira-Rio) também riscos de contaminação.

ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO

A noção metafórica de estratégia aqui utilizada se fundamenta na arte do general (*strategos*) em organizar os recursos existentes à sua disposição para a criação de um plano de ação em um combate. No caso, pensamos na função da comunicação como potencializadora de recursos informacionais, afetivos e simbólicos existentes para o combate às DSTs/Aids em contextos de pobreza urbana. Esses recursos provêm principalmente da postura e experiência dos agentes comunitários no trabalho de prevenção em rede desenvolvido por movimentos sociais em comunidades do Rio de Janeiro e a aceitação e reconhecimento desse trabalho pelas comunidades.

No entanto, ao acompanharmos de perto o trabalho desses agentes, concluímos que a aceitação e o reconhecimento da comunidade não bastam para o desenvolvimento de suas ações. É necessário que tanto o poder público quanto a comunidade científica reconheçam e apoiem as suas iniciativas. Se em condições tão precárias de trabalho os agentes já conseguem um resultado de impacto significativo, é sinal de que, se apoiados e investidos por vontade política, suas ações têm grande possibilidade de obter resultados ainda mais expressivos. Pensando em um horizonte mais amplo, o conhecimento produzido pelos agentes pode ser uma poderosa arma para o enfrentamento dessas doenças também em outras comunidades em contextos similares.

A transição do modelo de disseminação da epidemia de Aids, indicada pelo aumento da transmissão heterossexual e pauperização da doença, aponta, progressivamente, para a necessidade de investimentos que instituem um modelo ampliado de comunicação que garanta maior diversidade dos processos de produção e difusão dos saberes, estilos de vida, e dos universos discursivos de diferentes segmentos da população em relação à Aids. As leituras epidemiológicas do comportamento da doença por diferentes esferas da sociedade brasileira são intersubjetivas e essencialmente comunicacionais. É através de um processo de

comunicação topológica, complexa, dinâmica que se institui o sentido das doenças, o sentido do risco de contrai-las, e também o sentido do que sejam as práticas sociais necessárias para enfrentá-las.

CONCLUSÃO

Os dados levantados apontam para a necessidade do fortalecimento de ações locais, gradativas, porém constantes e não pontuais, que possam construir na comunidade uma cultura de prevenção. Os grupos focais tornaram visível a expectativa da comunidade por este tipo de compartilhamento de anseios, dúvidas e desejos.

Dúvidas como “usando duas camisinhas a gente se protege mais?” ou “devo fazer a unha de uma pessoa soropositiva?” são questões reais para esta população e não são respondidas pelas grandes campanhas de alto alcance populacional. Ainda que sejam temas de campanhas dirigidas a grupos específicos, desenvolvidas por prefeituras, ONGs e grupos de todo o país, elas não possuem a regularidade necessária para que as comunidades lhes confirmem credibilidade para a construção de uma consciência de prevenção e de comportamentos sexuais mais saudáveis, éticos e compromissados consigo e com o outro.

Moradores daquele território, os agentes compartilham valores e códigos éticos e morais das comunidades, a partir dos quais também foram constituídos como sujeitos. Por outro lado, o conhecimento construído ao longo dos anos de trabalho lhes confere um lugar privilegiado na identificação de problemas e obstáculos no compartilhamento de informações para prevenção, permitindo identificar quais estratégias comunicacionais têm a potência de afetar e mobilizar a comunidade. Nesse sentido, algumas questões são prioritárias para o incremento do trabalho de prevenção nos contextos pesquisados.

No que se refere às questões externas ao trabalho dos agentes, pudemos identificar, no âmbito das relações entre os bancos de preservativos e as comunidades, a necessidade de uma radicalização da comunicação através de eventos, material dirigido a grupos específicos (adolescentes, casais, mulheres etc.) e realização de grupos de discussão e dinâmicas de integração que promovam o debate sobre o uso do preservativo.

No âmbito das relações entre os agentes e os serviços de saúde que atendem as comunidades estudadas é necessária uma maior integração e a busca da complementaridade das ações, pois os bancos funcionam como pólos de identificação de problemas nas comunidades. Uma estratégia conjunta de divulgação dos serviços prestados pelas unidades de saúde poderia ser construída tomando como base os

insumos de comunicação já existentes nos serviços e outros que pudessem ser pensados em parceria e desenvolvidos pela ONG que gere os bancos de preservativos, através de projetos de cooperação técnica para ações de comunicação.

No que se refere às questões internas ao trabalho dos agentes, é necessário repensar a comunicação interna do universo dos bancos de preservativos: a utilização do espaço do banco, a comunicação entre agentes, entre agentes e usuários, e entre os agentes e suas comunidades. Para o desenvolvimento e criação de novos bancos de preservativos, nos parece fundamental a realização de oficinas de capacitação e atualização nas comunidades.

Para que estas ações possam ser efetivas é imprescindível tornar visível à comunidade científica, ao poder público e à sociedade em geral as atividades de prevenção dos agentes das comunidades. Para tanto, sugerimos a ampla divulgação, distribuição e apresentação do vídeo documentário produzido ao longo da pesquisa em oficinas em comunidades, eventos científicos e acadêmicos, mas também em canais de teledifusão, festivais e Internet.

Para o desenvolvimento de cada uma das etapas aqui sugeridas, um bom trabalho de comunicação é fundamental, tanto no nível local e micropolítico, quanto no nível nacional e global. Através da eficácia da comunicação, o esforço conjunto para a prevenção pode cruzar as divisões sociais, geográficas e econômicas e unificar esforços para a realização de objetivos que são, em última instância, globais.

As ações diretas para a mobilização da comunidade e organização de ações de prevenção não substituem nem mesmo diminuem a necessidade de articulação Estado-sociedade para o desenvolvimento de políticas de prevenção eficazes. Por outro lado, dado o papel fundamental do setor de saúde para a redução das iniquidades sociais, entendemos que a iniciativa de entender, aproximar, corroborar e transformar essas estratégias em ações conjuntas e contínuas deve partir do Estado através de uma necessária e urgente discussão sobre o planejamento e a gestão da comunicação nas diferentes esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acima de tudo, o investimento na construção de uma rede de troca constante de saberes entre diferentes setores da sociedade, valorizando especialmente o conhecimento e o trabalho produzidos dentro das comunidades, é a principal estratégia de comunicação social a ser fortalecida. Dessa forma, seria promovida uma melhor interlocução dos problemas enfrentados pela população e das soluções adotadas por diferentes contextos sociais no enfrentamento do risco da doença. Estratégia que exige mais do que a simples veiculação em meios de comunicação de massa de mensagens educativas formuladas a partir de pressupostos epidemiológicos e estatísticos – mensagens necessárias, mas não suficientes. Não se trata, assim, da

transmissão, de um pólo de saber concentrado a outro desprovido de conhecimento e cultura, mas de garantir maior escuta e visibilidade pública de processos locais singulares de produção do conhecimento sobre a doença e de formas criativas e não determinísticas de enfrentá-la.

FERNANDO SALIS é doutor em comunicação, cineasta e professor adjunto da Escola de Comunicação da UFRJ, onde coordena o laboratório de TV e Vídeo e a pesquisa “Banco de Agentes” do Projeto Video Social.

MÔNIA MARIANI BESCH é psicóloga, mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Uerj e secretária executiva adjunta da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ Abrasco.

NOTAS

1 Formado em 1998, o Congesco é um movimento social autônomo e independente, composto por líderes comunitários de favelas da cidade do Rio de Janeiro.

2 Fundado em 1998, o Ciate é um núcleo social localizado no morro dos Telégrafos, na favela da Mangueira.

3 Fundado em 1998, o Ciadsestá localizado no bairro do Jardim América.

4 Encontramos na obra de Yves Winkin uma definição antropológica da comunicação que se reflete nesta pesquisa: “Encarada como ‘performance da cultura’, a comunicação é menos a soma das falas, dos gestos, das ‘mensagens’ de todo gênero que os homens podem produzir do que a visão que permite percebê-los em sua contribuição para a realização permanente da sociedade” (1998, p. 205).

5 A noção de dispositivo aqui referida é a da criação de localidades, temporalidades e assuntos específicos para a própria gravação do vídeo. Ao invés de surpreender um acontecimento que se daria independentemente de uma gravação, tornamos a produção um evento anunciado à comunidade. Alguns cineastas se utilizam desse recurso para o enquadramento da ação de seus documentários: Eduardo Coutinho, em *Babilônia 2000*, criou um espaço onde as pessoas que gostariam de mandar uma mensagem para alguém chegavam até um endereço divulgado previamente; Mohsen Makhmalbaf postou anúncios em jornal para atrair seus personagens. Em nosso caso, as próprias atividades de pesquisa já funcionaram como dispositivo.

6 Carta de Ottawa, 1986.

7 Seção II - Da Saúde. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Constituição Brasileira, 1988.

8 Em *Multitude* (2004, p. 106), Michael Hardt e Toni Negri ressaltam a necessidade de se pensar toda forma de trabalho como forma produtiva — e não apenas o assalariado diretamente submetido ao capital — se quisermos compreender as mutações sociopolíticas do mundo contemporâneo.

9 Não queremos com esta afirmação fazer uma aposta ingênua nas formas de comunicação características do capitalismo contemporâneo. Reconhecemos que os modelos da centralização da informação continuam sendo dominantes. No entanto, podemos potencializar algumas linhas de fuga que os novos modos de comunicação parecem proporcionar a projetos contra-hegemônicos. Desenvolveremos essa idéia a seguir.

10 Nós em rede (2005), de Fernando Salis e Felipe Ribeiro, longa-metragem documentário. Mais informações em www.videosocial.net .

11 O assassinato do vocalista do grupo Detonautas em junho de 2006 – morto por um suposto morador do morro da Mangueira – teve como resposta a ocupação do morro, sendo exemplo de um dos vários momentos de tensão pelos quais os agentes passaram durante a realização da pesquisa.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, F. I. e SZWARCOWALD, C. L. “AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.16 supl.1, p.65-76. 2000.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988, Seção II. Art. 196.
- BRASIL. *Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença*. Brasília, Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, Secretaria Técnica, 2006.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2001.
- CHAUÍ, M. *Cultura e democracia*. São Paulo, Cortez, 2003.
- DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo, Editora 34, 1992.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1998.
- GOFFMAN, E. *A representação do eu na vida cotidiana* (7 ed.). Petrópolis, Vozes, 1998 [1985].
- GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas, Papirus, 1990.
- NASCIMENTO, D. R. *As pestes do século XX. Tuberculose e Aids no Brasil: uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- HARDT, M. e NEGRI, A. *Multitude*. New York, The Penguin Press, 2004.
- MCKENZIE, J. *Perform or Else*. New York, Routledge, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Carta de Ottawa*, 1986.
- ROSEN G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- SALIS, F. A. “*Performance na comunicação: o homem enquadrado*”. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, UFRJ, 2003.
- SANTOS, B. S. *O Fórum Social Mundial: manual de uso*. São Paulo, Cortez, 2005.

SANTOS, M. Por Uma Outra Globalização - Do Pensamento Único à Consciência Universal, Rio de Janeiro: Record, 2001.

SOUZA, H. de. *Escritos indignados: democracia X neoliberalismo no Brasil*. Rio de Janeiro, Rio Fundo/Ibase, 1993.

WINKIN, Y. A nova comunicação. Da teoria ao trabalho de campo. Campinas, Papyrus Editora, 1998.