

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E
SAÚDE**

PROJETO APLICADO

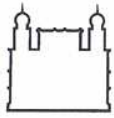
**NÚCLEO DE VÍDEO DO CRT DST/AIDS-SP:
UM NÚCLEO DE COMUNICAÇÃO COMUNITÁRIA E
PARTICIPATIVA FEITO POR E COM USUÁRIOS E
TRABALHADORES DO CRT DST/AIDS-SP**

MARINA MENDES DE OLIVEIRA PECORARO

Orientadora: Prof^a. Janine Miranda Cardoso

Rio de Janeiro

Dezembro/2009



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

NÚCLEO DE VÍDEO DO CRT DST/AIDS-SP

UM NÚCLEO DE COMUNICAÇÃO COMUNITÁRIA E PARTICIPATIVA FEITO POR E COM USUÁRIOS E TRABALHADORES DO CRT DST/AIDS-SP

Marina Mendes de Oliveira Pecoraro

Projeto Aplicado apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Orientador: Prof^ª. Janine Miranda Cardoso

Rio de Janeiro
Dezembro/ 2009

Dedicatória

À Nina, minha filha mais amada, que aguentou a ausência de sua mãe durante quase um ano.

Aos meus pais, Carlos e Patrícia, que me deram muita força e apoio para a realização desta especialização.

A todos os usuários e trabalhadores do CRT DST/Aids-SP que me ensinam diariamente a ser uma profissional e pessoa mais humana.

Agradecimentos

À Francisca Isouda Souza Ribeiro, Zozo, minha fiel funcionária, que segurou as pontas da minha casa e da Nina ao longo deste ano em que estive mais no Rio do que em São Paulo.

A João Bosco A. Sousa, Emi Shimma, Maria Aparecida Moreira, Daniel Pegoraro, Alex Cardoso, Rejane Alves Fraissat, Carlos Mitter, companheiros do CRT e meus fiéis interlocutores neste projeto.

A Paulo César de Carvalho, parceiro que a vida transformou em rima, que me ajudou com a Nina e na revisão deste trabalho.

À Irene Contreiras e Theo Vasconcelos, pela estada no Rio de Janeiro.

À Martha Negreiros, amiga que me abrigou por quase 7 meses na Cidade Maravilhosa, pessoa de muita estima que me impediu de jogar a toalha nos momentos de crise.

A todos os meus colegas do curso de Especialização em Comunicação e Saúde de 2009, pela troca e aprendizado durante as aulas.

À profa. Janine Miranda Cardoso, que me ensinou a desnaturalizar as coisas, a pensar uma comunicação dentro dos princípios do SUS, acreditou neste projeto e me apresentou à Escravos da Mauá.

Sumário

	Página
1. Introdução: Panorama da Aids no Brasil	1
1.2 A Resposta Paulista à Epidemia de Aids e o SUS	3
1.3 Aids em São Paulo	5
2. Contextualização: O CRT DST/Aids-SP	6
2.1 Uma Prosa sobre o CRT	6
2.2 Humanização e Controle Social	11
3. Projeto Aplicado	13
4. Embasamento Teórico dos modelos de comunicação	16
4.1 A Comunicação no SUS	17
4.2 Comunicação Comunitária	18
4.3 TV Comunitária	19
4.4 Comunicação e Aids	20
4.5 Comunicação no CRT	22
5. Participantes: Um mergulho nos dados do CRT	23
5.1 Usuários	24
5.2 Trabalhadores	25
6. Estratégias	26
6.1 Oficinas	27
6.2 Parcerias	27
6.3 Recursos Necessários	28
6.4 Formas de Avaliação	29
7. Cronogramas de atividade	29
8. Considerações Finais	30
9. Bibliografia	30
<i>Anexos</i>	
Anexo 1:Lista de Siglas Utilizadas no Projeto	33
Anexo 2: Distribuição de usuários do CRT por ambulatório - 1980-2008	33
Anexo 3: Percentual de usuários matriculados no CRT segundo ambulatório e sexo	33
Anexo 4: Usuários Matriculados no ambulatório de HIV/Aids do CRT segundo raça/cor, 1980-2008	34
Anexo 5:Usuários Matriculados no ambulatório de HIV/Aids do CRT segundo escolaridade, 1980-2008	34
Anexo 6.Casos notificados de Aids entre Matriculados no CRT-DST/AIDS SP 13 anos e mais, segundo categoria de exposição, 1980-2008	34

1. Introdução: Panorama da Aids no Brasil

Dados do Boletim Epidemiológico de Aids/DST de novembro de 2009, do Ministério da Saúde, apontam que entre 1980 e junho de 2009 foram registrados 544.846 casos de aids no Brasil. Ao longo destes anos, 217.091 pessoas morreram em decorrência da doença. Atualmente, por ano, são diagnosticados entre 33 mil e 35 mil novos casos. Como a notificação compulsória é de aids e não de HIV, estima-se que 630 mil estejam infectadas pelo vírus da aids. Ainda que em patamares altos, a epidemia no país é considerada estável pelo Ministério da Saúde e os resultados obtidos em seu enfrentamento são reconhecidos internacionalmente.

A aids chegou ao Brasil primeiro pela mídia local, no início dos anos 80, por meio de reproduções preconceituosas de notícias vindas dos Estados Unidos com manchetes como: “Câncer Gay”, “Praga Misteriosa dos EUA” e “Peste Cor-de-rosa”. O primeiro caso de um brasileiro acometido pela doença e divulgado pelos meios de comunicação nacionais foi o do estilista Markito. Assim como no mundo, no Brasil a doença cresce rapidamente e acomete, além dos ditos “grupos de risco”, a sociedade como um todo. A resposta brasileira à aids, que tornou o país uma referência internacional, começou antes da doença virar uma epidemia de fato. Primeiramente em São Paulo, em 1983, e depois se expandindo para o nível central, Ministério da Saúde, e outros estados. A construção do programa brasileiro de combate à aids pode ser atribuída a uma série de mudanças sociais e políticas ocorridas ao longo da década de 80: da redemocratização do país à construção do SUS, passando pela intensa mobilização de forças sociais que, depois de 20 anos impedida de se manifestar publicamente, toma às ruas e passa a reivindicar seus direitos.

Em pouco mais de duas décadas, muitas e significativas mudanças marcaram a epidemia no Brasil. Nos primeiros 10 anos, a aids ainda era uma doença concentrada tanto geograficamente, já que estava nas capitais e grandes centros do país, quanto demograficamente, uma vez que atingia principalmente os homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e hemofílicos. Neste período, entretanto, já surgem os primeiros casos da doença em mulheres e em crianças – em decorrência da transmissão materno-infantil. A partir de meados da década de 90, a epidemia começa a mudar de perfil e passa a atingir cada vez mais as mulheres, além das

capitais, ganha novos territórios e deixa de ser uma doença de grupos mais abastados e escolarizados para atingir grupos de baixa renda e com pouca ou nenhuma educação formal. Outro dado que está presente no Boletim Epidemiológico Aids e DST do Ministério da Saúde de 2009 é o aumento da notificação entre pessoas com mais de 50 anos.

Na década de 90 do século XX, um fator determinante para o sucesso da resposta brasileira foi o acordo de empréstimo obtido junto ao Banco Mundial, que injetou 425 milhões¹ de dólares no programa de aids. De acordo com o sociólogo Alexandre Grangeiro, o dinheiro do Banco Mundial “era destinado a organizar a estrutura de saúde e impulsionar a incorporação de novas tecnologias nos países em desenvolvimento” (GRANGEIRO, 2009 p. 33). Ao todo, o país recebeu três empréstimos, entre 1994 e 2007, e atualmente se discute um novo acordo com o Banco para o *Aids IV*. Estes recursos foram fundamentais para a capacitação dos técnicos do Ministério, como também para o financiamento de Organizações Não- governamentais.

Na opinião do sociólogo, uma das principais diferenças da resposta brasileira, quando comparada com outros países que também receberam recursos do Banco Mundial, foi:

a participação de organizações não-governamentais, não só na execução do projeto, como também na elaboração do mesmo. Isto foi um fato inédito, tanto para o banco, como para o país, o que mudou, radicalmente, as premissas éticas e políticas e permitiu chegarmos aos resultados que temos hoje. (GRANGEIRO, 2009 p. 269)

No entanto, vale mencionar que, como em outros aspectos relacionados à construção da resposta brasileira à epidemia, esse processo foi vivenciado em meio a acirrados debates sobre a condução e execução de medidas de prevenção e de controle, no quadro mais amplo de reorganização do próprio sistema de saúde, o SUS.

O ano de 1996 foi outro marco dessa trajetória, ano de grandes mudanças na aids no Brasil e no mundo, pois é lançada a terapia tríplice, conhecida como coquetel antiaids, que rapidamente muda o rumo da doença, pelo menos para aqueles com acesso aos

¹ Dados obtidos no site do Grupo Pela Vidda-SP. Pesquisa Internet, acessado 30 nov. 2009. disponível em http://www.aids.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=56&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=95

medicamentos. No campo da assistência, o Brasil tem um papel central, pois desde o início garantiu o acesso universal e gratuito a todos os portadores do HIV/aids. Isso só foi possível devido ao Sistema Único de Saúde, (SUS) que, com base na Constituição de 1988, busca garantir a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Com a decisão de ofertar o tratamento, o Brasil demonstrou não só capacidade técnica para tratar os doentes, mas também mostrou para o mundo que tratar adequadamente quem tem aids, além de salvar vidas, traz forte impacto na economia, com redução de internações e remédios para doenças oportunistas. Essa política teve impacto positivo também na prevenção de novos casos, pois, com a carga viral controlada, diminuem as chances de transmissão. Efeito não menos significativo foi a redução da mortalidade e o aumento da sobrevivência, como demonstram estudos realizados com portadores do HIV das regiões Sul e Sudeste do Brasil, que revelam que cerca de 60% dos soropositivos destas regiões, sobreviveram 108 meses após o diagnóstico².

1.2 A Resposta Paulista à Epidemia de Aids e o SUS

Desde o início, em São Paulo, os responsáveis pela criação do Programa Estadual de DST/Aids-SP, com forte influência do movimento social organizado, apostaram na prevenção, na assistência, na informação e no tratamento. Assim como na defesa irrestrita dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids e no combate ao estigma e ao preconceito.

A aids em São Paulo sempre esteve dentro do âmbito da saúde pública, ao contrário do Rio de Janeiro, em que a resposta ficou concentrada dentro das universidades para depois se expandir. Segundo Martha San Juan, em sua dissertação de mestrado, uma das explicações para isso se deve ao seguinte fato:

O movimento sanitarista, embora tivesse forte atuação no estado, não participava da máquina do governo estadual, dominada pelo 'chaguismo', como foi denominada a política clientelista montada pelo governador Chagas Freitas que, apesar de pertencer ao MDB, buscou em seus quatro mandatos não hostilizar o governo militar. Assim é que a articulação de uma proposta semelhante a que havia sido adotada em São Paulo não teve repercussão na Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro, apesar do forte envolvimento

² Boletim Epidemiológico Aids DST – 2008 – ano V - nº 1 - 27^a-52^a - semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2008, Ano V – nº 1- 01^a - 26^a – semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2008

posterior das entidades civis, como ABIA, criada em 1986, primeira organização fundada e presidida por uma pessoa assumidamente soropositiva, no caso Herbert de Sousa (Betinho) (JUAN, 2008 p.81-2).

O Programa Estadual DST/Aids (PE DST/Aids-SP) foi criado no dia 5 de setembro de 1983 e ficou alocado dentro da Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS) do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES-SP). Paulo Roberto Teixeira foi o primeiro coordenador do Programa e um dos responsáveis pela elaboração da rede assistencial pública de atendimento à aids. Dentro desta rede, coube ao Instituto de Saúde a assistência ambulatorial; ao Instituto Adolfo Lutz, oferecer a retaguarda laboratorial; e ao Hospital Emílio Ribas, o suporte de internação. Os objetivos do programa paulista eram: vigilância epidemiológica, esclarecimento à população para evitar o pânico e discriminação dos grupos considerados vulneráveis na época, garantia de atendimento aos casos verificados e orientação aos profissionais de saúde. A implementação do Programa Estadual sofreu várias críticas dentro da própria Secretaria Estadual de Saúde, como da sociedade médica e mídia, pois acreditavam que a aids era uma doença restrita a um grupo específico e que não deveria receber investimento público.

Com o crescimento dos casos de aids na cidade de São Paulo, a SES-SP, teve que criar um novo serviço de atendimento aos portadores do HIV/Aids. Assim, em 1988, foi inaugurado o Centro de Referência e Treinamento em Aids (CRT-A), que tinha por objetivos: prestar assistência aos portadores do HIV/Aids, atuar como capacitador e gerador de normas técnicas com vistas a um processo de descentralização das atividades de prevenção, vigilância e assistência no Estado de São Paulo³. Além destes atributos, coube ao CRT também coordenar o Programa Estadual DST/Aids-SP. Em 1993, o serviço passa a ter um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis e o CRT-A passa a ser chamado de Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP (CRT DST/Aids-SP).

No mesmo ano em que surge o CRT, o Congresso Nacional aprova a nova Constituição Federal, apelidada como, “Cidadã”. Dentre as muitas mudanças garantidas

³ Fonte Site do CRT DST/Aids

na nova constituição está a saúde, que deixa de ser um privilégio daqueles indivíduos com carteira assinada e passa ser um direito de todos os cidadãos brasileiros. A saúde, assim, é vista como um direito do cidadão e um dever do Estado. É criado o Sistema Único de Saúde, SUS, que tem em suas diretrizes a universalidade, integralidade, a descentralização e a participação popular nas políticas públicas de saúde.

As bases teóricas do SUS estão inseridas no campo da promoção da saúde (PS). Para Paulo Buss (2000), a PS é o eixo orientador da nova saúde pública. Ela é uma estratégia promissora de enfrentamento dos problemas de saúde-doença e da medicalização da vida social. A saúde, deste prisma, é um conceito positivo e tem uma dimensão da qualidade de vida. Para Gutierrez,

promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo (GUTIERREZ, apud BUSS, 2000, p. 167).

As conferências de Alma-Ata e a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde ajudaram a compor a proposta brasileira do Sistema Único de Saúde. Na teoria, o SUS estabelece um conceito ampliado de saúde que é vista como um direito social. A participação da comunidade é garantida e incentivada na constituição, assim como a integralidade e o acesso universal também estão presentes no artigo 196, que versa sobre saúde, conforme discutida nestes eventos.

A primeira conferência enfatiza que “a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade”. A segunda avança nesta concepção e propaga o conceito de promoção da saúde, definido como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

O SUS, porém, é implementado em um cenário de crise econômica e de retração do Estado como provedor, o que se dá e com o crescimento da concepção neoliberal de Estado. Até hoje a questão do financiamento do SUS é vaga, o que demonstra que o comprometimento dos governos com sistema de saúde deixa a desejar. Apesar dos

avanços garantidos pela lei, as forças contrárias ao SUS representadas pelos interesses de grupos de medicina privada e dos grandes hospitais foram e são grandes. De acordo com Mendes, “o SUS é um sistema plural de saúde composto por três subsistemas: o subsistema público-SUS, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto” (MENDES, 1996 p. 50). Estas forças contrárias convivem dentro do SUS e na sociedade. Ainda segundo este autor, o Sistema Único de Saúde deve ser entendido como um processo social em marcha que não se iniciou em 1988 e nem tem data para acabar.

Ao longo dos 21 anos de existência, o SUS teve inúmeros avanços. O principal dele é que, apesar de todas as forças contrárias, conseguiu implementar como uma política de Estado e não de um governo específico, como afirmam alguns estudiosos do campo da saúde coletiva. Dentre seus princípios, universalização foi implementado de fato. A descentralização, por meio das NOBs e Noas e o Pacto Pela Saúde, avançou bastante, assim como a integralidade do atendimento vem se aperfeiçoando. Já participação social e a comunicação são pontos a serem mais bem explorados no SUS, em geral, e dentro das unidades de saúde, em específico.

1.3 Aids em São Paulo

Segundo o Boletim Epidemiológico do Programa Estadual DST/Aids-SP de 2009, foram notificados, entre 1980 e junho de 2009, 179.403 casos de aids no Estado, sendo que 72.881 estão na cidade de São Paulo. A implantação do SUS na capital paulista representou um salto qualitativo na assistência às DST/aids na medida em que as diretrizes do Sistema Único de Saúde de universalidade, equidade, integralidade na assistência e a participação popular estão presentes, pelo menos, em alguns dos serviços que atendem às pessoas vivendo com HIV/aids. A rede de assistência aos soropositivos na capital é formada por 24 unidades municipais específicas para o HIV/aids, sendo 9 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 10 Serviços de Atendimento Especializado (SAE), 2 Ambulatórios de Especialidades, (AE) e 3 Centros de Referência (CR DST/Aids). Além destes serviços do município, há os serviços de média e alta complexidade vinculados à Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP): o Instituto de Infectologia Emílio Ribas (I.I.E.R), o Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP (CRT), Hospital Heliópolis e o Hospital Ipiranga. Por último, há ainda os serviços

vinculados à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e à Universidade de São Paulo, USP⁴. Esta ampla rede de assistência aos portadores do HIV/Aids foi implantada na cidade pelo Programa Municipal de DST/Aids-SP com o auxílio da Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP ao longo de 26 anos.

2. Contextualização: O CRT DST/Aids-SP

O Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP (CRT DST/Aids-SP), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), representa um importante capítulo na resposta brasileira à epidemia, escrita e registrada de muitas formas, inclusive nos 72.604 mil prontuários de seu arquivo médico. Atualmente, a gerência de assistência integral à saúde do CRT calcula que há cerca de 6 mil usuários ativos na instituição distribuídos nos serviços de Ambulatório de Aids, Pronto Atendimento (PA), Atendimento Domiciliar Terapêutico Paliativo (ADTP), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Ambulatório de DST, Hospital Dia (HD), Internação, Ambulatório de Hepatites, Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais, Ensaios Clínicos de Novos Antirretrovirais, Vacinas Preventivas Anti-HIV e o Estudo HIM – História Natural da Infecção pelo HPV em Homens. Para atender a estes usuários, a instituição conta com aproximadamente 885 trabalhadores.

Para entender melhor o CRT, local em que este projeto será desenvolvido, recupero sua missão, que está emoldurada e afixada em todas as salas da instituição:

Missão do CRT DST/Aids-SP: Coordenar o Programa de DST/Aids no Estado de São Paulo. Prestar serviço de Atenção Integral à Saúde da População em DST, HIV e Aids, e desenvolver, difundir e aplicar conhecimento, tecnologia e políticas públicas nas áreas de Prevenção, Assistência, Vigilância Epidemiológica, Gestão e Pesquisa, com qualidade, de forma integrada, ética, solidária, de acordo com os princípios do SUS.

2.1 Uma Prosa sobre o CRT

O CRT está em São Paulo, na maior cidade da América Latina, situados na Rua Santa Cruz, 81, na Vila Mariana, bairro de classe média-alta da cidade. Tem como vizinhos a Igreja Nossa Senhora da Saúde e o Corpo de Bombeiros, está próximo à

⁴ Dados coletados juntos à Gerência de Assistência Integral à Saúde do CRT DST/Aids-SP e Programa Municipal de DST/Aids-SP

estação Santa Cruz do metrô e em frente a um movimentado ponto de ônibus. Na fachada, a identificação do prédio diz apenas Centro de Referência e Treinamento, as siglas DST/Aids não se encontram no letreiro.

Pequeno por fora, grande por dentro: um prédio de três andares, um subsolo, com uma pequena praça interna com o nome de Monteiro Lobato e tendo como anexo uma casa de 1929 é o lugar que chamo de Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS- SP. É uma importante instituição da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e uma referência nacional e internacional na área do HIV/Aids. Talvez seja uma das mais novas instituições da SES-SP, com apenas 21 anos. É nesse lugar que se desenrola uma luta de vida, uma luta pela saúde pública e pelo SUS. Chamo de lugar por ele ser mais que um território vazio, por ser um espaço onde o cotidiano se enche de história, de vida, narrativas individuais e coletivas, repletas de riquezas. Como nos ensinou Milton Santos, “o lugar é o cotidiano, mas é, ao mesmo tempo, os futuros nele contidos, inclusive os que foram negados no passado” (Apud Ribeiro, 2004 p.). E sendo assim, cabe melhor definir a geografia deste lugar.

Temos os espaços e dentro destes as pessoas que lhes dão vida. As contingências que fazem essas pessoas conviverem são diversas. Dentro há uma comunidade fervilhante de 800 trabalhadores da saúde que dedicam seu labor a servir ao público e ter cuidados com a saúde pública de cerca de 6⁵ mil usuários, que, por uma contingência qualquer da vida, usam do serviço. Fora os voluntários que doam parte do seu tempo para cuidar dos outros, há estagiários em busca de novos saberes, além de trabalhadores prestadores de serviço ou terceirizados que completam esse “caldinho humano”.

Todo aquele que chega a qualquer lugar tem um olhar e coisas que observam ou lhe chamam a atenção. E sendo assim convido para que através desse meu olhar entre no CRT. Deixo claro àqueles que leem este texto que é o olhar de uma jornalista, trabalhadora da saúde e desde muito envolvida e comprometida com as questões da saúde

⁵ É difícil saber o número exato de usuários, pois não dá para saber se os prontuários estão ativos ou inativos. O Same do CRT tem 72 604 mil prontuários, mas não significa que atendemos anualmente esta demanda. Usarei dados da vigilância epidemiológica referente a consultas realizadas entre os meses de janeiro a outubro de 2009 para calcular o fluxo anual de pessoas que circulam no CRT. O número de 6 mil é usado pela gerência de assistência integral à saúde.

pública e aids. Assim o digo para distanciar e envolver, ter uma visão crítica e também comprometida. Deste modo o olhar que apresento é um ponto de vista que objetiva posicionar e situar.

Logo quando entro no CRT, vejo um dos seguranças conversar prosaicamente com um dos usuários. Apesar de os seguranças serem terceirizados, eles se encontram na instituição há alguns anos. Há trabalhadores, como seu Pedro, que está lá há 8 anos. Isto faz com que eles tenham vínculo com os usuários e trabalhadores. Um pouco mais à frente as “guardetes”⁶ e D. Odiva estão atrás do balcão fazendo a triagem de quem entra, para onde vai, de onde vem. Na parte esquerda do balcão, há um mural de cortiça em que fixamos (a equipe do Comint) os informes mais relevantes e também os que cabem no espaço. No início de novembro, o mural está com um *banner* com a programação da Semana da Consciência Negra, que inclui filme, exposição de fotos e poesia. Ao seu lado está uma *jovem acolhedora*⁷. Na fila de espera da farmácia, o ouvidor conversa com outro usuário orientando, pela “décima vez”, as regras para uso da senha preferencial. Há um cartaz afixado na parede que ilustra quem são as pessoas que têm preferência ao uso desta senha. Mas para aquele cidadão, o cartaz sobre a regra da senha preferencial, não faz sentido. Talvez as palavras mais professorais e calmas do ouvidor lhe produzam mais significado, façam-no compreender que em uma instituição especializada em HIV/Aids, ser soropositivo não lhe garante o uso da senha preferencial. Os que viram à esquerda caminham para os seguintes destinos: atendimento extra, farmácia, ambulatório de HIV/aids e especialidades, ouvidoria e anfiteatro. Para chegar ao ambulatório, é preciso subir uma rampa, que ao lado esquerdo tem murais divididos da seguinte forma: *usuários* (de uso exclusivo deles), *saiu na mídia* (notícias sobre HIV/aids), *acontece aqui* (eventos internos do CRT) e *recados para a equipe*. À direita, janelas iluminam a passagem. No final do corredor, uma porta de vidro é o umbral para o ambulatório. Este é o espaço de maior vínculo entre usuários e trabalhadores. Aqui há relações de 20 anos. Aqui muitas dores, sonhos, lutas, lutos, perdas e ganhos são partilhados entre a comunidade do CRT

⁶ Guardas responsáveis pela recepção central

⁷ Projeto Jovem Acolhedor é um programa da Secretaria de Estado da Saúde que concede bolsa a estudantes matriculados em universidades que tem parceria com SES-SP. O programa tem por objetivo trabalhar a humanização de atendimento nos hospitais. A principal tarefa do jovem acolhedor é fazer o primeiro contato com o doente e seus familiares, dar informações, orientações e encaminhamento correto (disponível em <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=83715>, acessado em 20 de novembro).

(trabalhador e usuário). É neste espaço, também, que há menos material de comunicação circulando: tem basicamente as televisões. É aqui que os usuários andam se ressentindo da rotatividade dos infectologistas. Outro dia, um homem de uns 50 anos, visivelmente incomodado, mal-humorado e reclamando da vida me confessou, após um “dedo de prosa”: *“Isto aqui tá uma merda, os médicos bons foram embora. Eu me trato aqui há 22 anos e nos últimos anos só vem médico ruim. Você acredita que a médica não tocou em mim na última consulta. Ela nem tocou em mim! Ela me passou um remédio que eu tenho alergia e foi incapaz de me ouvir e trocar o medicamento. Você sabe o que eu fiz com a receita? Eu rasguei na cara dela. Eu não vou tomar esta porcaria que me dá alergia, porra!”*, desabafou. Ainda dentro do ambulatório fica o serviço social e o ambulatório de especialidades com os seguintes especialistas: ginecologista, urologista, cardiologista, neurologista, proctologista, entre outros. Retornando à recepção central, os que se dirigem à direita passam pela marquise e se deparam com cinco murais grandes, organizados da seguinte forma: *Conselho Gestor/ Sindsaúde, Núcleo de Medicina do Trabalho, Fique de Olho e Acontece no CRT*. Como ainda é a semana da Consciência Negra⁸, os murais estão tomados por personalidades negras nacionais e internacionais, com fotos e biografia, além de um mural batizado de *Beleza em Preto e Branco*, com foto de trabalhadores do CRT, desenvolvido pelo Comint em parceria com a medicina do trabalho. À direita da marquise tem uma rampa que dá acesso ao almoxarifado, estacionamento e refeitório. E, do outro lado, está a praça Monteiro Lobato, um espaço de leitura e convívio onde, ainda de modo incipiente, voluntários do projeto *Leia Comigo*⁹ distribuem livros e revistas àqueles que querem ter um momento somente com a companhia de um autor, das palavras escritas. Em um dos bancos, dois membros do Conselho Gestor, um representante dos usuários e outro dos trabalhadores debatem a pauta da reunião mensal. Num outro banco, sentado, um paciente folheia uma revista enquanto seu acompanhante, com o olhar distante, admira uma rosa e repensa a vida. Colado à praça há uma tenda que atualmente funciona como depósito de materiais. Ainda do lado direito fica a casinha de 1929, um espaço de grande expectativa e esperança, pois

⁸ Este relato foi feito na segunda quinzena de novembro.

⁹ Uma parceria entre as Secretarias Estadual de Saúde e Cultura colocam à disposição de usuários de serviços de saúde livros para serem retirados, lidos, devorados e apreciados.

neste antigo sobrado acontecem modernos ensaios clínicos de medicamentos e vacinas preventivas anti-HIV. Voltando para a marquise, após os murais, no final há uma porta de vidro. No outro saguão, várias pessoas com bolsas de gelo no rosto esperam ser atendidas: vão fazer o preenchimento facial com metacrilato. Os vincos profundos causados pela lipodistrofia facial (atrofia ocasionada tanto pelo HIV quanto por alguns antirretrovirais) serão coisa do passado. Em alguns minutos, poderão ter seus rostos recuperados para o riso; as marcas do longo período de luta contra o vírus se afastarão temporariamente de sua face. O espelho poderá dizer que o belo está a sua frente e que vale a pena continuar na luta. Neste mesmo saguão, está a recepção da odontologia e do diagnóstico por imagem. Aqui uma nova bifurcação: mantendo à direita, tem os consultórios dos dentistas e parte da farmácia (responsável pelo envio dos medicamentos ao hospital dia e internação), mais adiante fica a sala do estudo HIM – História Natural da Infecção pelo HPV em Homens –, pesquisa que acompanha 1000 voluntários. Alguns passos à frente, mais uma porta e chega-se ao ambulatório de DST, centro de testagem e aconselhamento (CTA) e ambulatório de saúde integral de travestis e transexuais (ambulatório TT). A sala de espera deste local é muito escura. Só tem janelas do lado direito e o clima é um tanto tenso. Talvez seja pela angústia de um resultado positivo para o HIV, hepatite ou outra DST. Pois um positivo, neste caso, não tem nada de bom: o bom nestes exames é quando recebemos um resultado negativo. Um positivo pode mudar rumos de vidas, histórias de amor... Neste ambiente tem sempre uma TV ligada em uma imagem não muito nítida. De repente, ouço um coro, “Viva a música”, cantado pelo Coral do CRT, composto por usuários, voluntários e trabalhadores que há 12 anos espantam os males com seu canto. Eles estão fazendo uma apresentação pelos andares da instituição. Loiras e morenas, de rostos andróginos e corpos exuberantes, esboçam um riso, escutam com ares de admiração. São travestis e transexuais do ambulatório TT: talvez por ser a primeira vez que vão ao CRT não sabiam que pelos seus corredores também se espalha o canto para trazer saúde. É um chorinho para acalantar um choro, é um chorinho para alegrar a alma e todo o ambiente. Durante a apresentação, na internação é possível ver uma lágrima que escorre do rosto de um dos cantores, um homem forte e saudável. Lágrima de alegria e também da lembrança de quando esteve internado naquele lugar. Agora recuperado, canta para os que ali estão. Sua voz e as dos

outros são mais que um bálsamo. O primeiro andar é a parte burocrática/administrativa. Aqui estão as gerencias de prevenção, assistência Integral à saúde, logística, recursos humanos, vigilância epidemiológica, administração, financeiro, informática, assessoria de imprensa, Comint, planejamento, xerox, biblioteca, entre outros núcleos. É neste andar que está a diretoria técnica responsável tanto pelo CRT quanto pelo Programa Estadual DST/Aids-SP. Mais um lance de escada e chega-se à medicina do trabalho; à esquerda fica o núcleo de projetos responsável pelo repasse de 6 milhões para o financiamento de organizações da sociedade civil. No fim do corredor fica o laboratório, com modernos equipamentos, responsável por muitos dos exames tanto dos usuários do serviço quanto de outras unidades especializadas em DST/aids. À direita ficam o hospital dia, o ambulatório de hepatites e a pediatria. É aqui que os usuários com algum tipo de câncer fazem quimioterapia, os portadores de hepatite tomam interferon e também onde as crianças e adolescentes portadoras do HIV são atendidas. Virando mais à direita um pouco tem uma brinquedoteca. No último andar fica a internação composta por 24 leitos, sendo duas UTIs. Pelas janelinhas das portas lembro dos estragos causados pela síndrome da imunodeficiência adquirida. Nesta parte, alguns usuários me remetem às imagens dos portadores do HIV no início da epidemia, ou às imagens dos portadores HIV/aids de países em que o tratamento não é acessível. No final do corredor, à esquerda, fica o núcleo de diagnóstico por imagem. No subsolo, à esquerda, fica a cozinha e, à direita, a sala de raio X. Um pequeno corredor leva à manutenção, sala dos motoristas e marcenaria. Retornando deste corredor, encontra-se o necrotério, à direita, fica o almoxarifado da farmácia e, à esquerda, a cozinha. Colado à cozinha fica o refeitório, local exclusivo dos trabalhadores.

2.2 Humanização e Controle Social

O CRT desenvolve uma série de atividades e projetos que visam tornar o ambiente mais acolhedor e humanizado. A questão da humanização no SUS foi estruturada em 2003, pelo Ministério da Saúde, por meio Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida também por HumanizaSUS. Esta é uma ação afirmativa formulada a partir da organização das experiências do “chamado” “SUS que dá certo”. Por humanização, entende-se:

a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão¹⁰. (Ministério da Saúde, 2009).

Para Ricardo Teixeira, as preocupações com o acolhimento, bom atendimento e humanização do SUS podem ser vistos como uma evolução da problemática de acesso aos serviços. A questão hoje discutida na saúde, em geral, e na dita “ponta” (isto é, a unidade de saúde), em particular, “vai do problema da quantidade de portas de entrada ao problema da qualidade dessas portas” (TEIXEIRA 2003 p. 92).

A implementação de um sistema de comunicação e informação que “promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde” é uma das Diretrizes Gerais para Implementação da PNH (Ministério da Saúde, 2009). Este projeto é pensado e concebido dentro do contexto da humanização dos serviços em geral e das iniciativas do CRT, mais especificamente.

Os serviços de aids são diferenciados das demais unidades do SUS por motivos de financiamento, pelo próprio fato de ser voltado apenas para quem tem a doença e também pela forte cobrança do movimento social e organização da sociedade civil, que está sempre fiscalizando e cobrando o bom funcionamento dos serviços conforme o estabelecido pelo SUS. Recentemente, em 19 de novembro de 2009, o ativista José Araújo denunciou à Agência de Notícias da Aids uma possível falta de infectologistas no SAE Mitsutani, Zona Sul de São Paulo. Pois, segundo ele, “os médicos que atuam no local são contratados por serviço terceirizado e não podem renovar o contrato”. Para se ter uma idéia da força da sociedade civil organizada em São Paulo, em relação às ações públicas sobre aids, podemos citar o caso da ativista Nair Brito¹¹, que em 1996 processou o Estado para ter acesso aos antirretrovirais. Depois dela, uma série de ações judiciais de outros soropositivos foram feitas. Esta medida, junto à Lei 9.313 – que garantiu o acesso universal ao tratamento de aids – forçaram o Estado a comprar os medicamentos e a

¹⁰ Disponível em

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288)

¹¹ Matéria Publicada na Revista Bandeiras PositHIVas, 2008.

salvar vidas¹². E ainda hoje o movimento continua muito ativo. A manifestação do 1º. de dezembro deste ano, 2009, foi realizada em frente ao Instituto de Infectologia Emílio Ribas, para cobrar explicações sobre a transferência da administração do hospital para a Fundação Faculdade de Medicina.

A cobrança e fiscalização do bom funcionamento do CRT está dentro deste contexto. Diria até que, além destas, temos cobranças de outras ordens. A instituição também é uma “vitrine” para o Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais que regularmente encaminha missões internacionais para conhecer o CRT. Delegações de médicos e políticos da China, França, Peru, Estados Unidos, Angola, Moçambique, África do Sul, só para citar alguns, fazem visitas regulares para conhecer de perto o funcionamento e o atendimento da “ponta”. Fora isso, eles também participam de treinamentos, que variam de dois dias a duas semanas, oferecidos ainda para técnicos de outras cidades brasileiras.

No CRT é constante a implantação de serviços que visam melhorar a gestão e a humanização na instituição, buscando sempre a consonância com sua missão e com as diretrizes do SUS. A ouvidoria, implantada em 2000, o Comitê de Humanização, criado em 2004, o Conselho Gestor (Coges), em 2005, os projetos de arte-terapia, de 1999, o coral de 1996, o projeto *Leia Comigo* e o serviço de assistência religiosa são alguns exemplos de iniciativas desenvolvidas no território do CRT e visam transformar o hospital em um local de vida saudável.

No âmbito do controle social, as principais iniciativas em curso na instituição são a ouvidoria, o comitê de humanização e o conselho gestor (Coges).

A ouvidoria encontra-se em um local estratégico: na entrada do CRT em frente à farmácia. Em 2008, foram registradas 598 manifestações. Todas são encaminhadas às gerências e núcleos. Nos casos das queixas, estas são obrigatoriamente respondidas por escrito e retornadas ao usuário ou trabalhador que a gerou. Os interessados podem fazer uma ouvidoria pessoalmente na sala do ouvidor, por meio das caixas que estão espalhadas pelos corredores, e recentemente também via e-mail. No mercado simbólico

¹² Este trecho da história causa divergência. A direção do PE DST/Aids-S, afirma que o Programa Paulista já estava comprando os antirretrovirais no momento da ação. Porém, este mesmo Estado contestou a decisão da Justiça de fornecer os medicamentos para Nair.

do CRT, ela ocupa posição central. Este serviço já foi incorporado à rotina do CRT e o fato de ter uma sala própria e um ouvidor dão outra “cara” ao serviço.

Já o comitê de humanização tem um funcionamento diferente, é pouco conhecido e se encontra na periferia do mercado simbólico. É composto por representantes de trabalhadores de todas as gerências e por usuários indicados pelo Coges. Ele não tem sala. Ele é consultivo e consegue implementar poucas mudanças. Desde sua criação, foram realizadas 22 oficinas entre funcionários e pacientes para discutir as diretrizes de atendimento da instituição. As discussões deram origem a dois documentos: as Diretrizes de Conduta do Funcionário e Diretrizes de Conduta do Usuário. A primeira já está pronta e será lançada o ano que vem. A segunda está em fase de elaboração.

O Conselho Gestor (Coges) foi implantado no CRT em 2005, contrariando as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde, que não reconhecia e nem endossava esse tipo de participação colegiada sugerida pelo Ministério da Saúde. O Coges está no segundo mandato e é composto por representantes de usuários e trabalhadores eleitos por seus pares a cada dois anos. Já os representantes da diretoria são indicados pela direção. Qualquer pessoa pode se candidatar para fazer parte do conselho. Toda última terça-feira do mês, os representantes do conselho discutem assuntos pertinentes ao serviço. As polêmicas são decididas no voto. O Coges teoricamente é a instância de decisão máxima, mesmo as decisões da diretoria têm de passar pelo conselho. Na prática, algumas decisões, principalmente as políticas que vêm diretamente do Secretário da Saúde, são simplesmente acatadas, porém são sempre debatidas e fiscalizadas. Ainda pensando na metáfora do CRT como um grande mercado, conforme nos ensinou Inesita Araújo, diria que o Coges também se encontra na periferia. A maioria dos usuários não sabe de sua existência, muito menos de seu funcionamento. Muitos preferem reclamar na ouvidoria a participar das reuniões do conselho.

3. Projeto Aplicado

É neste cenário mais amplo e dentro dessa instituição específica, o CRT, que este projeto de criação de um núcleo comunitário e participativo feito por e com usuários e trabalhadores será desenvolvido.

O objetivo é a produção de vídeos que intensifiquem a comunicação e façam circular informações sobre as diversas atividades que acontecem na instituição assim

como os eventos organizados pelo Programa Estadual DST/Aids-SP (PE DST/Aids-SP), além de discutir temas caros às pessoas vivendo com HIV/aids, como prevenção, adesão aos tratamentos, saúde sexual e reprodutiva, e as atividades desenvolvidas pelas ONG/Aids.

A importância da comunicação dentro de uma instituição de saúde e junto aos usuários vem sendo destacada em diversas publicações e fóruns da saúde. Pesquisa recentemente divulgada¹³ explicita a ausência de uma comunicação dentro dos serviços de saúde de aids e percebe

como primordial a estes serviços a orientação e divulgação das informações relacionadas à doença, sejam estas direcionadas tanto aos soropositivos quanto ao círculo social ao qual este pertence, pois, desta forma, trabalha-se não apenas a adesão ao tratamento do portador, mas também como isso interferirá nas pessoas que o cercam, principalmente os familiares.(RELATÓRIO, 2009 p. 41)

O motivo pelo qual optamos pelo audiovisual se deve à força cultural deste meio no Brasil, em grande parte favorecida e expressa na capilaridade da televisão: como atesta a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), 95,1% dos domicílios visitados têm televisão (IBGE, 2009). A televisão é considerada a principal fonte de informação e, segundo trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa em Imagem e Sociabilidade (Gris/Fafich/UFMG), há um intenso diálogo de mão dupla entre a televisão e a vida social, como se pode perceber em relação à telenovela e nas conversas cotidianas travadas nas ruas. Outro motivo deve-se ao fato de a televisão “responder muito bem a aspectos socioeconomicos e culturais de nosso país; tem um custo viável frente ao poder aquisitivo de nossa população e se ajusta ao nosso modo de vida” (FRANÇA, 2009 p.28).

Outro fator que contribui para a escolha desta modalidade de comunicação é que o CRT já possui um sistema de televisão interno que possibilita transmissão de conteúdo para todos os aparelhos da instituição. Atualmente, este é subaproveitado e até o momento foi usado apenas para exibição de vídeos produzidos pelo núcleo de comunicação interna (Comint) sobre o Dia das Mães, Dia do Trabalhador da Saúde,

¹³ A pesquisa foi encomendada pelo Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais e utilizou a metodologia de grupo focal com usuários de serviços especializados em HIV/Aids de Fortaleza, CE, e de São Paulo, SP, com a participação do CRT.

cobertura do evento de prevenção de Florianópolis, cabine da memória (vídeo sobre os 20 anos do CRT) e semana da Consciência Negra. A recepção dos vídeos é sempre muito positiva, tanto pelos trabalhadores como pelos usuários. Afinal, poder ver na telinha rostos conhecidos causa sempre certo *frisson*, estimula conversas e fortalece os vínculos, ainda que essa seja uma potencialidade pouco explorada nos serviços de saúde.

Acredito que os vídeos produzidos podem colaborar também com a gestão participativa da instituição – que já conta com um conselho gestor composto por usuários, trabalhadores e direção –, assim como contribuir para a humanização no serviço – que já tem um comitê de humanização –, pois o núcleo de vídeo será mais uma das atividades desenvolvidas pelo CRT, assim como a arte-terapia, o coral, ouvidoria, entre outros. Por meio destes materiais, os acontecimentos, problemas, conquistas e desafios da instituição vão sair da esfera particular, do conselho ou mesmo da ouvidoria, e ganharão as “ruas do mercado simbólico¹⁴” do CRT. Outro ganho trazido pela produção audiovisual é o fortalecimento da participação social no âmbito do serviço e do SUS, além de contribuir para uma comunicação pautada em seus princípios e diretrizes.

Desenvolver vídeos com os usuários e trabalhadores do CRT é importante pelo fato de estes sujeitos poderem produzir notícias que façam sentido para eles. Nosso desafio é uma produção contextualizada, que envolva e aproxime as diferentes pessoas, segmentos e categorias profissionais, reconhecendo os diferentes interesses e motivações como integrantes de uma realidade comum como o CRT, a proximidade com o HIV, uma preferência sexual, entre outros. A comunicação que pretendemos desenvolver é baseada no conceito do mercado simbólico desenvolvido por Inesita Araújo (2000). É uma comunicação menos vertical e mais horizontal, mais equânime, participativa, que dá espaço às vozes periféricas e que considera os vários fios dessa rede social de sentidos.

A idéia é que os vídeos desenvolvidos pelos usuários e trabalhadores sejam o fio da rede e que correspondam às vozes sociais que circulam no CRT. Queremos que ajude a melhorar a comunicação da instituição com os usuários e trabalhadores e vice-versa e que seja um canal de comunicação multidirecional.

¹⁴ Estou trabalhando com o conceito de mercado simbólico desenvolvido por Inesita Araújo.

Por fim, é importante destacar ainda que a produção coletiva e participativa desses vídeos, assim como a sua veiculação, será uma das bases (ou embrião) para a criação do que chamaremos de TV comunitária do CRT. A abrangência desse projeto é potencialmente bem maior, considerando que o CRT coordena o Programa Estadual de DST/AIDS-SP e os vídeos poderão fomentar este tipo de intervenção nos demais serviços especializados em aids do Estado. Outro fator de estímulo para sua ampliação é que a sua execução e exibição precisam de recursos tecnológicos básicos (pelo menos para São Paulo), disponíveis em boa parte das instituições de saúde, como uma câmera, um computador com programa *movie maker* que faz parte do pacote Windows XP.

4. Embasamento Teórico dos Modelos de Comunicação

Este projeto pretende desenvolver e praticar a comunicação pautada nos princípios do SUS. Porém, isso é um grande desafio, principalmente após estudarmos as relações entre os modelos de saúde e os de comunicação no Brasil.

A prática comunicativa do modelo informacional limita-se “à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde” (ARAÚJO E CARDOSO, 2007 p.46). O conceito de comunicação do modelo informacional caracteriza-se pela linearidade, unidirecionalidade, além de ter uma concepção de comunicação como transferência de conhecimento ou estímulo a mudanças de hábitos.

Este modelo (re)produz relações autoritárias, divide as pessoas entre os que sabem e os ignorantes, carentes de informação. Vê a mensagem como algo a ser decodificada e crê que os sentidos estão nas palavras. Enxerga o público como um alvo estático a ser atingido. Almeja mensagens educativas capazes de mudar hábitos. Acredita que os sentidos estão nos objetos. Busca acabar com os ruídos, pois estes são os responsáveis pelo fracasso de uma campanha, ou informação passada por autoridades. Enfim, este modelo não contribui para uma comunicação pautada nas diretrizes do SUS.

Entre os modelos que caminham em outra direção e nos propõem um caminho para uma comunicação mais democrática está o modelo do mercado simbólico, elaborado por Inesita Araújo. Além de sustentado por outras bases teóricas, busca estabelecer

conexões com os princípios do SUS e favorecer uma comunicação universal, integral, equânime, descentralizada e com a participação social (Araújo e Cardoso, 2007). Nessa perspectiva, e de acordo com a Teoria Social dos Discursos, a comunicação é vista como produção de sentidos: ou seja, a linguagem não apenas fala do “real”, mas o constitui e a (re)produz continuamente. Os indivíduos são sujeitos ativos que atribuem sentido às mensagens que recebem, de acordo com seus intertextos, co-textos e contextos individuais, subjetivos, entre outros elementos que estão sempre presentes na comunicação. Considerando que o sentido é sempre múltiplo e provisório, não está “fixo” na mensagem, mas na relação, este modelo não encara os receptores como “público alvo”, mas como interlocutores, que estão sempre atribuindo (diferentes) sentidos ao que recebem.

A comunicação ocorre dentro de um mercado simbólico em disputa pelo “poder de se fazer ver e de se fazer crer”, como nos ensinou Bourdieu. Neste modelo,

as pessoas e comunidades discursivas negociam nesse mercado seu modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo, em busca do poder simbólico, o poder de fazer ver e fazer crer, poder de constituir a realidade (ARAÚJO, 2009).

O modelo do mercado simbólico foi pensado a partir das políticas públicas e para elas, entendendo que a comunicação é essencial tanto no momento da formulação – quando predominam as posições dos que têm maior poder simbólico –, quanto em sua circulação e apropriação social, quando de fato se efetivam. Na perspectiva do mercado simbólico, a prática comunicativa é “um ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais. E as estratégias de comunicação são o modo como se ativam algum fragmento desse circuito e como se participa do mercado simbólico” (ARAÚJO, 2009).

O modelo de mercado simbólico rompe com os modelos hegemônicos de comunicação na saúde, entendendo e propondo uma comunicação multidimensional, plural, que considere as diferentes realidades e sujeitos envolvidos. Portanto, descentralizada, com muitas conexões, além do “emissor-receptor”, enfim, uma comunicação

em rede, um tecido formado por muitos fios. Os fios da rede correspondem a vozes sociais e circulam em várias direções, conduzindo múltiplos discursos, ideias, propostas, opiniões, saberes, sentimentos... Essa rede é operada por interlocutores, que produzem e fazem circular seus discursos, ao mesmo tempo

que se apropriam de outros discursos circulantes. Desta rede resultam os sentidos sociais da saúde (ARAÚJO e CARDOSO, 2007 p. 63).

4.1. A comunicação no SUS

A comunicação dentro de uma unidade do SUS, como o CRT, deve ser guiada pelos princípios doutrinários do sistema de universalidade, equidade, integralidade e organizativos de descentralização, hierarquização e participação social.

no campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida a ‘cidadãos’, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas as dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade (ARAÚJO e CARDOSO, 2007 p.61).

A comunicação universal é vista como um direito de todos os cidadãos brasileiros, porém não estamos falando de uma comunicação calcada na matriz transferencial e sim em uma comunicação como produção de sentidos. Uma comunicação que leve em consideração os contextos dos usuários, que os veja não como destinatários ou público alvo de mensagens, e sim como interlocutores. Uma comunicação pensada dentro de um “mercado simbólico” em constante disputa.

A integralidade na comunicação é muito importante, pois aqui ela rompe radicalmente com o modelo hegemônico na saúde, o transferencial, que, via de regra, se preocupa apenas com a produção de bens simbólicos, aqui entendidos como “idéias, opiniões, conhecimentos, sentimentos etc. que se organizam em vários formatos e gêneros, como materiais impressos, audiovisual, rádio, TV etc.” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007 p.74). A comunicação pautada por este princípio é vista como “espaço da produção social dos sentidos, no qual se verificam a produção, a circulação e a apropriação dos bens simbólicos” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007 p.74).

A comunicação descentralizada visa redistribuir ou desconcentrar o poder, tanto dos meios de comunicação, como dos sujeitos que têm direito à fala. Dentro de uma unidade de saúde este princípio é muito importante, porque visa quebrar o conceito de a voz autorizada ser aquela dos médicos e diretores/gestores. A comunicação descentralizada favorece, segundo as autoras, o surgimento de canais locais de expressão

e circulação de mensagens, trazendo em seu contraponto a criação de canais e procedimentos de escuta” (ARAÚJO E CARDOSO, 2007 p.78).

O conceito de hierarquização pressupõe a existência de outros grupos e instâncias com competência para falar, além da voz oficial do Ministério da Saúde.

E, por último, mas não menos importante, está o conceito de participação. Neste ponto, acredito em uma participação que ponha a “mão na massa” e que de fato possibilite aos usuários e trabalhadores da saúde dos serviços saírem da categoria de receptores de informações e passem a ser produtores de informações. Uma comunicação produzida a partir da realidade deles, que seja pensada para além da mera produção de materiais. Uma comunicação como produção de sentidos atendida com a produção, circulação e apropriação dos conteúdos produzidos.

4.2 Comunicação Comunitária

Este projeto pode ser enquadrado, em parte, dentro do conceito de comunicação comunitária. Segundo Cicília Peruzzo, pesquisadora do campo de jornalismo comunitário, a comunicação comunitária é vista como fruto da mobilização social e por isso inerente às organizações e aos movimentos populares. Na academia, ao longo dos anos 80, os estudos sobre este tipo de comunicação, também denominado de popular, alternativa, participativa, entre outros, receberam destaque tanto no Brasil como na América Latina.

O conceito de comunicação comunitária, trabalhado por esta autora, carrega, de forma implícita:

o sentido de um processo que envolve a participação popular, autônoma, da gestão à produção de conteúdos, ou seja, trata-se de uma comunicação destinada a atender às demandas locais mediante o exercício da cidadania a partir dos próprios cidadãos (Peruzzo, 2009 p. 48).

Ainda dentro do campo da comunicação comunitária, irei trabalhar com o conceito de educomunicação de Ismar de Oliveira Soares, que tem por objetivo principal o crescimento da autoestima e da capacidade de expressão das pessoas, como indivíduos e como grupo. Apesar de ter sido desenvolvida e aplicada dentro do contexto escolar, acredito que possa ser transposta a uma unidade de saúde. O conceito de educomunicação é:

o conjunto de ações inerentes ao planejamento, implementação e avaliação de processos, programas e produtos destinados a criar e fortalecer

ecossistemas comunicativos em espaços educativos, presenciais ou virtuais, tais como escolas, centros culturais (...) (Soares, p. 7)

As metodologias de trabalho das oficinas de audiovisual buscarão o diálogo entre estes conceitos e aqueles que embasam o mercado simbólico.

4.3 TV Comunitária

A proposta do núcleo de vídeo está baseada nas experiências da TV Pinnel, uma iniciativa do Instituto Philippe Pinnel, surgida em 1996, e da TV Sala de Espera, projeto de intervenção videográfica em salas de espera de Centros de Saúde Municipais da região Nordeste de Belo Horizonte, que teve início em 1993. Estas experiências fazem do vídeo um meio, e não um fim, para estimular a participação popular no planejamento de ações em saúde, no caso do projeto mineiro, e ressignificar a imagem da loucura, na experiência carioca. Além da participação popular, este tipo de trabalho discute a democratização dos meios de comunicação e trabalha com a leitura crítica destes meios, uma vez que o fazer leva a olhar criticamente os programas de televisão veiculados pelas emissoras. Segundo Cícilia Peruzzo, este tipo de metodologia

promove a participação popular no processo de produção dos audiovisuais almeja-se desmistificar a televisão, discutir assuntos de interesse público candentes aos grupos locais e motivar o envolvimento das pessoas na democratização dos meios de comunicação de massa através da apropriação pública das tecnologias da informação. (Peruzzo, 2000 p. 9)

Para ela, as experiências de TV destas instituições de saúde podem ser enquadradas como *TV de Rua*, assim descrita pela autora:

não são canais de televisão, mas produções em vídeo que utilizam o suporte televisivo (monitor, videocassete e telão) para transmissão e recepção¹⁵; programas transmitidos em espaços públicos, e, eventualmente, em canais educativos tradicionais de TV Educativa; exibição é itinerante; momento de recepção é coletivo; participação popular nas várias fases do processo de produção do audiovisual; ligado e dependente de entidades de cunho social, sendo autônomas quanto ao direcionamento a seguir; sustentabilidade vinculada a financiamento de projetos ou parcerias institucionalizadas; inovação de linguagem em relação à televisão tradicional, com bastante uso do humor, música e expressões populares; não precisa de concessão/permissão de canal; objetiva democratizar/ desmistificar a televisão e suas técnicas de produção; voltada a segmentos excluídos da

¹⁵ Grifos da autora

população; tem finalidades essencialmente educativas, culturais e de desenvolvimento comunitário local; não tem fins comerciais; trabalha a partir e com as temáticas, preocupações, realidades e valores de cada lugar; incentiva a criatividade popular contribui para o resgate de identidades culturais. (Peruzzo, 2000 p.15-6)

4.4 Comunicação e Aids

Este projeto vai dialogar com a comunicação em aids desenvolvida tanto pelas organizações governamentais como pelas ONG/Aids. Um estudo mais aprofundado do que já foi feito e do que está sendo realizado deverá ser aprofundado posteriormente. Porém, cabe aqui um breve retrospecto sobre este capítulo da resposta brasileira à aids.

O Ministério da Saúde e as organizações da sociedade civil investiram desde o início na informação. A nova epidemia, que gerou pânico entre as pessoas, além de forte estigma e preconceito nos afetados pelo vírus, pôs em circulação discursos distintos existentes em nossa sociedade como o religioso, o médico-científico, o reacionário, o dos portadores do HIV, o dos grupos homossexuais etc.

O primeiro comunicado realizado por uma organização da sociedade civil sobre a doença foi feito pelo grupo homossexual “Outra Coisa”, de São Paulo, que, por meio de um informe mimeografado, informava seus pares¹⁶ sobre a nova doença de forma clara, objetiva e sem espalhar o pânico:

Os sintomas, geralmente, são os seguintes: fadiga persistente não ligada ao excesso de trabalho ou esforço físico (...) manchas vermelhas em determinadas regiões da pele (...) Transar? Claro que pode. Mas faça como você sempre fez, ou seja: escolhendo bem a pessoa ou pessoas com quem você transa (...) Importante: tire cópia(s) desse informe e passe para seus amigos. (1983 *apud* Bandeiras PositHIVas, 2008, p. 7).

No âmbito governamental, o Programa Nacional de DST/Aids estruturou desde o início uma área de comunicação que desenvolve uma série de materiais impressos que vão de cartilhas, jingles de rádio até campanhas televisivas. A centralização destas ações está na contramão da diretriz de descentralização preconizada pelo SUS. O alto custo das

¹⁶ Vale ressaltar que a comunicação entre pares, aquela feita de profissional do sexo para profissional do sexo, travesti para travesti etc., é muito utilizada até hoje pelos programas de aids, seja contratando agentes de prevenção, seja financiando ações da ONG/Aids.

campanhas veiculadas no carnaval e no 1º. de dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a Aids, e a lógica da publicidade são criticadas pelo movimento de aids. Outro problema da comunicação governamental, segundo Alessandra Nilo, é a “abordagem tecnicista, limitada a ações de publicidade e assessoria de imprensa” (NILO, 2005 p. 52).

As campanhas de prevenção à aids do Ministério da Saúde são exibidas nos lares brasileiros por meio da televisão e rádio desde 1986. De acordo com Wildney Feres Contrera, a produção destas peças publicitárias sempre gerou tensão entre o movimento social e o governo, fosse pelo tom imperativo de “use camisinha” fosse por mensagens subliminares nem sempre entendidas pela população. Neste caso, a peça “O Carnaval do Peru”, em que os animais estão em um baile de carnaval, é um ótimo exemplo. Uma vez que nem todas as regiões do país denominam o pênis de “peru”, para aqueles que não faziam este intertexto, a campanha não fazia o menor sentido!

Contrera divide as campanhas em três momentos. Um primeiro, entre 1986 a 1990, focado na informação sobre a doença e na solidariedade ao doente de aids¹⁷, em que os atores Paulo José e Irene Ravache se passavam ora por médicos ora por professores. O segundo momento, no início da década de 90, é a fase do terror, e os slogans das campanhas eram: *Se você não se Cuidar, a Aids vai te matar. A Aids mata.* No último momento, a partir de 1994, a abordagem volta a ser a solidariedade.

É preciso atentar para o pano de fundo em que as mesmas foram produzidas e exibidas, para melhor contextualizar as mensagens. Enquanto no primeiro momento tem-se a redemocratização e a reforma sanitária, só para citar dois exemplos, no segundo o que está por trás é a vitória do presidente Collor e do neoliberalismo. Já o último, que se mantém até os dias de hoje, foi desenvolvido à luz do empréstimo do banco mundial e com forte participação do movimento social.

Vale lembrar uma importante mudança de paradigma que a comunicação e as estratégias de prevenção sofreram ao longo dos anos com a introdução do conceito de vulnerabilidade. Ele foi fundamental para mudar o enfoque governamental até então centrado no grupo de risco ou comportamento de risco. Enquanto as ONG/Aids

¹⁷ Usarei doente, porque neste momento os termos portador do HIV ou soropositivo ainda não haviam sido apropriados pelo movimento de aids.

desenvolveram materiais levando em consideração as três dimensões deste conceito (a pessoal, a institucional e a social), o governo focou apenas na dimensão pessoal.

Por intermédio do dinheiro do Banco Mundial e nos últimos anos pela política de repasse fundo a fundo do Ministério da Saúde, as ONGs desenvolvem muitos materiais informativos sobre as DST/aids. A produção destes materiais é representativa no mercado simbólico da aids. Porém, a maioria é focada na prevenção primária (aquela voltada para quem não tem HIV/aids). Há uma certa carência de materiais voltados para os soropositivos que tratem de questões como saúde sexual e reprodutiva, preconceito, direitos legais etc. Entre os materiais das organizações que chegam no CRT, poucos são feitos ou pensados para as pessoas que vivem com HIV/aids e estão em uma unidade de saúde. A única exceção é a revista *Saber Viver*, uma publicação voltada aos portadores do HIV que circula nos serviços de aids há 10 anos. Esta publicação é um sucesso de crítica e público, além de ser um dispositivo de conversa entre usuários de serviços, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Em depoimentos coletados por mim com infectologistas do CRT para a edição comemorativa de 10 anos, a ser lançada em dezembro de 2009, reforçam tal afirmação.

A *Saber Viver* nos auxilia muito no tratamento e na orientação dos pacientes. Lembro direitinho: a primeira vez que vi a revista foi por intermédio de um paciente que levou a publicação na consulta. Assim que a *SV* sai, nós temos que ler para poder aprofundar as questões levantadas. Muitas vezes, por conta da correria do dia a dia, nós não abordamos questões importantes no tratamento da doença e a revista nos auxilia a pontuar as dúvidas e esclarecer as questões. Lembro de uma matéria de capa de uma jovem portadora do HIV que adquiriu o vírus por transmissão vertical, que afirmava que, apesar da doença, ela queria viver. Esta edição me marcou muito, porque tinha um paciente que estava muito mal, havia tentado suicídio e estava em tratamento psiquiátrico. Nós entregamos a revista e *SV* o ajudou, junto à terapia e medicamentos, e hoje ele está bem¹⁸.

A *Saber Viver* será uma referência para os vídeos produzidos, tanto pelo conteúdo, como pela forma.

¹⁸ Depoimento de Eliane Regine Fonseca, Infectologista do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, colhido em set. 2009.

4.5 Comunicação no CRT

A comunicação do CRT foi estruturada há 10 anos, porém sua função primordial era e é a de assessoria de imprensa tanto do PE DST/Aids-SP como da instituição. É composta por uma jornalista e, dentro do organograma da instituição, está ligada diretamente à diretoria técnica.

A comunicação voltada para usuários e trabalhadores foi estruturada em 2006, pela gerência de recursos humanos, por meio do núcleo de comunicação interna (Comint). Este núcleo estava previsto no planejamento estratégico da Instituição, realizado a cada 5 anos. Os objetivos do Comint eram: melhorar o fluxo de informação na instituição, zelar e alimentar os painéis de aviso e atualizar a intranet (sistema de comunicação interno).

Nos dois primeiros anos, o Comint era composto por um psicólogo, com experiência da área de prevenção e materiais educativos, e um publicitário. As ações estavam focadas na comunicação com os trabalhadores da saúde. Coube ao núcleo, além das atividades já descritas, a elaboração de um jornal, a confecção de *banners* para congressos e atividades internas e externas, o registro fotográfico, a cobertura jornalística de eventos, a elaboração de folderes, cartazes e anúncios dos mais variados temas, sempre pautado pelas demandas dos trabalhadores. Em 2008, o psicólogo saiu da instituição e uma jornalista, no caso a pessoa que escreve este trabalho, foi convidada a integrar a equipe. Além das atividades já descritas, passamos a produzir pequenos vídeos, o que nos animou a ampliar a produção e fazê-lo de forma compartilhada com os demais trabalhadores e usuários.

No planejamento para o ano de 2009, percebemos que havíamos avançado muito no que tange à comunicação com os trabalhadores, mas percebemos que estávamos fazendo muito pouco para os usuários do serviço. Constatamos também que não havia uma política de comunicação dentro do núcleo e que nossas ações eram pontuais e focadas na produção de materiais, pautadas quase sempre pela demanda dos trabalhadores e da diretoria da instituição.

Em junho de 2009, conseguimos incorporar um *webdesigner* ao nosso núcleo. Este ganho foi fundamental, pois até então o site do CRT (www.crt.saude.sp.gov.br) era

domínio do núcleo de informática e mesmo as mudanças estruturais da intranet, administradas pelo Comint, eram feitas por eles.

Em relação às mensagens destinadas aos usuários são, em sua maioria, informes sobre: uso correto da máscara cirúrgica, funcionamento do serviço, além da divulgação de eventos. Há um mural para eles divulgarem venda de produtos, oferta de serviços e procura por moradia. Quase todas baseadas no modelo informacional. Já aos trabalhadores há informes sobre o dia a dia da instituição, recados da diretoria técnica, do departamento pessoal etc.

Foras às mensagens produzidas pelo Comint, circulam no CRT informações vindas do Ministério da Saúde, SES-SP, televisão, jornal do Fórum de ONG/Aids-SP, revista *Saber Viver* e materiais informativos de laboratórios.

5. Participantes: Um Mergulho nos Dados do CRT

Este projeto visa ampliar as ações de comunicação desenvolvidas pela Comint, assim como praticar uma comunicação pautada pelas diretrizes do SUS. Para tanto, trabalhadores e usuários serão os participantes da produção do núcleo de vídeo. Os integrantes desses dois grupos se encontram e travam relações no cotidiano do CRT, no dia a dia dos serviços. Para ter melhor noção desse contexto, do fluxo de circulação e atendimentos realizados na instituição, fiz um levantamento nos dados da vigilância epidemiológica do serviço sobre as consultas realizadas nos serviços da instituição entre os meses de janeiro a outubro de 2009. Estes números não significam o número real de pessoas que circulam no hospital, pois um mesmo usuário pode passar pelo atendimento extra, fazer um exame no diagnóstico por imagem e passar em uma consulta no ambulatório de especialidades. Porém, achei que era o que melhor ilustrava a grande circulação de pessoas na Instituição.

Tabela 1: Consultas realizadas nos serviços do CRT - jan a out. de 2009¹⁹

Ambulatório de HIV	9.667
Ambulatório de especialidades	9.635
Odontologia	5.868

¹⁹ Dados fornecidos pela vigilância epidemiológica do CRT

Ambulatório DST/CTA	6.457
Ambulatório TT	400
Pesquisa	856
Hospital Dia	3.110
Pediatria	600
Internação	334
Atendimento extra	7.943

5.1 Usuários

Para uma caracterização preliminar de nossos usuários, selecionei dados referentes a sexo, raça/cor, escolaridade e forma de exposição ao HIV/aids, dentre os matriculados entre 1980 e 2008²⁰, para ambulatório de HIV/aids, e de 1995 até 2008, para CTA e DST. O recorte de 1995 para o CTA e DST se deve ao fato de estes serviços terem sido criados neste ano²¹.

Os dados da vigilância epidemiológica do CRT DST/Aids-SP mostram que os 72.604 matriculados na instituição estão divididos da seguinte forma: 42,7% são usuários do ambulatório de HIV/aids, 36,5% do de DST e 20,8% do CTA. Em relação à proporção de gênero temos: 74,8% dos usuários do ambulatório de HIV/aids são do sexo masculino e 25,2% feminino; no ambulatório de DST 75,9% são homens e 24,1% mulheres e no CTA 58,1% homens e 41,9% mulheres.

Os demais números da vigilância são referentes apenas aos usuários do ambulatório de HIV/Aids. O total de registrados neste serviço é de 31.011 Sobre o quesito raça/cor: 76,6% são da cor branca, 12,5% da parda, 7,3% preta, 0,3% amarela e 0,1% indígena. Em relação à escolaridade: 19,5% tem o primeiro grau completo, 11,3% segundo grau e 13,6% superior. Sobre a categoria de exposição ao vírus: 29,2% contraíram por relação homossexual, 10% bissexual, 22,1% heterossexual e 20,9% por meio de droga Injetável.

²⁰ Ver tabelas em anexo.

²¹ Apesar de o CRT ter sido criado em 1988, a instituição herdou prontuários do Instituto da Saúde e Emílio Ribas 2, serviços responsáveis pela assistência aos portadores do HIV entre 1980 e 1987. Por essa razão, os dados consideram o período de 1980 a 2008.

Por meio das tabelas em anexo, pode-se afirmar que a epidemia no CRT tem o perfil da década de 80, início da de 90, quando a doença acometia predominantemente homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, pessoas da raça/cor branca e com escolaridade alta.

Outra característica importante, que não se expressa nos registros e tabelas, é o fato do CRT atender muitos ativistas do movimento social organizado da Aids. A presença constante de usuários politizados, engajados e conhecedores de seus direitos e dos deveres do SUS deve ser levada em consideração no mercado simbólico da instituição. Eles estão sempre fiscalizando o funcionamento do CRT e, quando algo está errado, como a falta de material para exames ou fracionamento de medicamentos, eles rapidamente acionam diversas instâncias para solucionar o problema, como a ouvidoria , diretoria técnica , Fórum de ONG/Aids e mídia.

5.2 Trabalhadores

Caracterizar os trabalhadores é algo mais difícil. O departamento de pessoal forneceu apenas uma lista com o total de servidores, o tipo de cargo e o vínculo empregatício. Neste material não consta o ano de entrada, nem dados como: raça/cor, escolaridade, sexo ou tipo de especialidade médica. Neste relatório, também não entram os trabalhadores terceirizados, que atualmente são responsáveis pela segurança, limpeza, manutenção e alimentação. De acordo com os dados, sabemos que há 885 divididos em 38 cargos, que não descreverei aqui porque não acrescenta nada nossa caracterização deste grupo.

Os trabalhadores se revezam em três turnos. A maioria dos serviços de assistência do CRT funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 21h, exceto a internação, que é 24h nos sete dias na semana. Grande parte dos trabalhadores está no CRT há mais de 10 anos. No ano de 2008, em virtude da comemoração de 20 anos da Instituição, conseguimos (Comint) que o departamento pessoal fizesse um levantamento de quantos trabalhadores estavam lá desde o início, pois eles iriam receber uma placa em homenagem ao trabalho e dedicação ao longo de duas décadas. Ao todo, 67 pessoas foram agraciadas, e me lembro que se o recorte fosse 18 ou 19 anos este número seria muito maior. Porém a falta de dados concretos não me permite aprofundar neste tema. Uma informação que vale

acrescentar para os trabalhadores da saúde que atuam na aids é que eles, assim como a sociedade civil, exerceram e exercem um forte ativismo pelos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids. Os trabalhadores também foram peça chave na resposta brasileira à aids.

Outro aspecto que vale a pena mencionar relaciona-se à direção do CRT e do PE DST/Aids-SP. A equipe é a mesma desde o início, composta pela tríade Paulo Roberto Teixeira, hoje consultor sênior, Artur Kalichiman, coordenador adjunto do CRT DST/Aids-SP e PE DST/Aids-SP, e Maria Clara Gianna, coordenadora do CRT DST/Aids-SP e PE DST/Aids-SP. Esta continuidade tem seu lado bom e o lado ruim. O trabalho desenvolvido por eles na instituição é reconhecido pelo movimento social de aids, Ministério da Saúde e usuários. Ao mesmo tempo em que problemas crônicos, por exemplo, como o fluxo quando há óbitos na instituição, não se resolvem.

6.Estratégias

Um dos desafios deste projeto, que pretende fazer vídeos que levem em consideração os diferentes contextos dos usuários e trabalhadores, se deve à própria diversidade desta população. Se considerarmos apenas os usuários, por exemplo, percebemos que os vínculos deles com a instituição são muito diferentes. Os portadores do HIV/aids comparecem ao CRT regularmente para as consultas médicas, psicológicas, odontológicas, retirada de medicamento, realização de exames etc. Já os usuários do CTA e Ambulatório de DST e TT têm um vínculo mais pontual. Procuram o serviço por sinais e sintomas de DST e ou para realização de exames anti-HIV, hepatites, sífilis, ou ainda à procura da realização do sonho da cirurgia de redesignação sexual (aquela que adequa o sexo biológico à identidade de gênero), ou a retirada do silicone industrial, ou atrás de hormônios, fonaudiologia para conseguir ter um tom de voz condizente com a aparência física, entre outros. Em comum, todos eles têm a preocupação com a saúde, embora sejam muito diversificados nos aspectos subjetivos, culturais, estéticos, sexuais, econômicos e sociais.

O universo dos trabalhadores também é muito diversificado, incluído o tipo de vínculo empregatício até as relações afetivas mantidas com os usuários e a instituição. Nosso projeto e suas estratégias deverão considerar essa multiplicidade, além dos muitos

pontos de conflito existentes entre os grupos, como a questão da senha da farmácia, ou o fato de os trabalhadores não poderem usufruir procedimentos médicos como ultrassonografia, raio X. Uma vez que estes são de uso exclusivo dos usuários, restando a eles procurar o Hospital do Servidor Público ou um médico do convênio.

6.1 Oficinas

As oficinas de vídeo constituem nossa principal estratégia e estão sendo planejadas para acontecer uma vez por semana com duração de 2 horas. A metodologia será sempre uma mistura de conteúdo prático e teoria. Acreditamos que é fundamental que os participantes ponham a “mão na massa”, ou melhor, na câmera, desde o primeiro dia. Em relação à teoria, teremos módulos de saúde, de comunicação e participação social, ética, entre outros. Em relação às partes técnicas, de noções de enquadramento, roteiro, edição, luz, som serão apresentadas aos alunos no decorrer das oficinas. Toda aula terá uma produção audiovisual que será avaliada no início da outra aula. A metodologia de trabalho proposta pela educomunicação será um dos referenciais teóricos para as oficinas, assim como a comunicação dialógica de Paulo Freire, acrescidas das dimensões consideradas pelo mercado simbólico. Este tópico será mais bem desenvolvido posteriormente.

As oficinas são, simultaneamente, a base e a principal estratégia de implantação do núcleo de audiovisual, pois o principal objetivo desse projeto é que os participantes se apoderem desta tecnologia e que sejam os responsáveis pela produção de conteúdo que faça sentido à comunidade do CRT DST/Aids.

Além da produção de conteúdo, caberá ao núcleo pensar uma programação em vídeo a ser exibida no circuito interno, levando em conta os desejos e anseios da comunidade do CRT.

6.2 Parcerias

Para que o núcleo de audiovisual comunitário e participativo do CRT ganhe espaço no mercado simbólico da instituição, será necessária uma forte mobilização social interna. Alguns segmentos, setores e pessoas já podem ser apontados como fundamentais para essa proposta. São eles: os membros do Conselho Gestor, do Comitê de

Humanização e da Ouvidoria; a coordenadora das recepções (pois é quem tem a melhor noção do dia a dia da instituição), a psicóloga responsável pelo grupo de adesão, assistentes sociais e a diretoria do Ambulatório de Aids. Além de usuários antigos e da instituição, como Hugo, João, Márcia, Rosana, só para citar alguns.

Outra parceria prevista será com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que administra parte dos recursos do CRT. Para tanto, será preciso convencer outras instâncias, como a diretoria técnica, para que ela invista na comunicação, pois a assistência é sempre prioridade. O Consulado Francês já financiou alguns projetos nossos e pode vir a ser um parceiro.

Em relação a parcerias externas, o projeto vai ser levado para a Universidade Metodista, mais precisamente ao curso de comunicação, que, por meio da agência júnior, presta inúmeros serviços ao CRT e PE. Acredito que é possível envolver alunos e professores nesta proposta de comunicação participativa e alternativa que faz uso da tecnologia audiovisual.

A Fiocruz é outro parceiro fundamental para o projeto, tanto no fornecimento de material audiovisual, via Vídeo Saúde Distribuidora que contém um amplo acervo na área da saúde, como no apoio à produção e ao treinamento dos envolvidos no núcleo. Um dos membros do Comint participou da V Oficina VídeoSaúde, realizada pelo ICICT os dias 22 de junho e 3 de julho. O conteúdo do curso já ajudou no planejamento, e execução dos vídeos que fizemos sobre a Consciência Negra e a campanha Fique Sabendo 2009 (de incentivo a testagem do HIV). Outra unidade da Fiocruz que desejamos estabelecer parcerias é com o Canal Saúde para produção e circulação de materiais.

A TV Pinnel , do Instituto Philippe Pinnel, uma das fontes inspiradora deste trabalho que produz vídeo há mais de 10 anos com os usuários do serviço, também está entre as parcerias a serem estabelecidas. Inclusive um contato prévio já foi feito, em fevereiro de 2009, quando estive na instituição e conversei com profissionais da TV. Poderemos veicular os vídeos produzidos por eles, fazer intercâmbio entre os profissionais dos núcleos, organizar debate sobre o audiovisual nos serviços de saúde, além de pensar na co-produção de vídeos sobre a sexualidade para doentes mentais.

As ONG/Aids que desenvolvem material em audiovisual, como a ECOS Comunicação em Sexualidade, de São Paulo, ou a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) do Rio de Janeiro e a Gestos – Soropositividade, Comunicação & Gênero, de Recife–, são algumas das possíveis parceiras. No âmbito das organizações não-governamentais

O núcleo de audiovisual será vinculado ao núcleo de comunicação interna, (Comint) da gerência de recursos humanos. Atualmente ele é composto por três pessoas, uma jornalista, um publicitário em webdesigner.

6.3 Recursos Necessários

No CRT usamos um bordão que diz que o ótimo é o inimigo do bom. Esta frase em uma instituição pública é fundamental para não paralisar nossas ações. Isto posto, os recursos de que dispomos no momento são uma câmera fotográfica digital Sony, de alta qualidade, em que fazemos nossos vídeos e um computador com *movie maker* em que editamos nossos vídeos e o sistema de TV interno. Abrimos um processo licitatório para aquisição de uma minicâmera HD e um microfone.

Precisaremos adquirir ainda um tripé, um microfone de lapela, um computador próprio para edição de vídeo e de preferência contratar mais um profissional responsável pelo núcleo. A depender das parcerias que forem firmadas conseguiremos contornar essas lacunas

6.4. Formas de Avaliação

As formas de avaliação ainda serão desenvolvidas, mas deverão contemplar os seguintes tópicos:

- participação
- produção
- recepção
- melhorias na instituição
- pesquisa qualitativa dos produtos apresentados
- grupo focal com os participantes e com os telespectadores.

7. Cronograma de Atividades

Atividades	mês 1	mês 2	mês 3	mês 4	mês 5	mês 6	mês 7	mês 8	mês 9	mês 10	mês 11	mês 12
------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------

Mobilização interna para a Oficina	X	X	x	x	X	x	x	X	x	x	x	
Estabelecimento de parcerias externas	X	X										
Elaboração do conteúdo das Oficinas	X	x										
Divulgação das oficinas	X											
Oficina 1	X	x	x	x	X							
Apresentação vídeos oficina 1						x						
Oficina 2						x	x	X	x	x		
Apresentação vídeos oficina 1											x	

8. Considerações Finais

Este projeto é de conhecimento da gerência de recursos humanos do CRT e está de acordo com a missão da instituição. Ele entrará na briga do mercado simbólico do CRT para ganhar legitimidade e ser concretizado.

9. Bibliografia

Agência de Notícias da Aids. [acesso em 19 nov 2009]. Disponível em <http://www.agenciaaids.com.br/site/noticia.asp?id=13460>

Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Araújo IS. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: Monteiro S, Vargas E, organizadores. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.49-70.

Araújo IS. A reconversão do olhar: prática discursiva e produção de sentidos na intervenção social. São Leopoldo, RS: Unisinos; 2000. cap. 3.

Araújo IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface – Comunic, saúde, educ., 2003;8(14):65-77.

Araújo IS. Teorias e modelos da comunicação. In power point. Rio de Janeiro, 2009

Bandeiras PositHIVas. São Paulo. CRT DST/Aids-SP. 2008.

Boletim Epidemiológico Aids/DST 2008;1(1). No prelo.

Boletim Epidemiológico Aids/DST 2009. CRT DST/Aids-SP. No prelo.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc saúde coletiva [on-line]. 2000;5(1):163-77. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf

Cardoso JM. Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999). Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, 2001.

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. [Acesso em 21 set. 2009]. Disponível em Disponível em www.crt.saude.sp.gov.br

Contrera WF. Histórico das campanhas de Aids no Brasil. In: Nilo A, Veloso JC, organizadores. ComunicAids Políticas Públicas e Estratégias de Controle Social. São Paulo: Ágil, 2005. p. 41-50.

França VV. A televisão porosa: traços e tendências In: FREIRE FILHO, J. (Org.) A TV em transição - tendências de programação no Brasil e no mundo. Porto Alegre:Editora Sulina, 2009. p. 27-52.

Grangeiro A. Sociólogo faz um resgate da política de atenção à Aids no Brasil. Bandeiras PositHIVas. 2009:33-5.

Grangeiro A. Políticas de financiamento das ações de controle da aids e desenvolvimento social. In: Passarelli CA, Parker R, Pimenta C, Terto Jr. V. Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p.259-69.

Lima R, Bretãs MBAS, Greco M, Assis M, Castro MCPS, Santos C, Educação cidadania na experiência da TV sala de espera: propostas de uso interativo do vídeo e alfabetização audiovisual. [Acesso em 25 de set 2009]. Disponível em: http://www.aic.org.br/metodologia/texto_equipe_tvse_sobre_educacao_midiatica.pdf

Mendes EV. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 57-96. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf

Miranda LL. Consumo e produção de subjetividade nas TVs comunitárias. Rev Dep Psicol, UFF. 2007;19(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-80232007000100015&script=sci_arttext

Nilo A. Controle Social, Comunicação & Aids. In: Nilo A, Veloso JC, organizadores. Comunicads Políticas Públicas e Estratégias de Controle Social. São Paulo: Ágil, 2005. p. 41-50.

Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Casaquistão: WHO;1979. Disponível em: www.saudepublica.web.pt?

Peruzzo CMK. TV comunitária no Brasil: aspectos históricos. V Congresso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación. Santiago. Apresentado no GT Medios Comunitarios y Ciudadania., 27 a 30 de abril de 2000. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/alaic/boletin8/cicilia.doc>

Peruzzo CMK. Mídia regional e local: aspectos conceituais e tendências. In: COGO D.; MAIA J. (orgs) Comunicação para a cidadania. Rio de Janeiro:UERJ; 2006. p. 41-55.
Prevenção e Adesão no Contexto do HIV e Aids. Relatório qualitativo. Coleta de dados qualitativos sobre comportamento da população vivendo com HIV e Aids, entre 25 e 40 anos, para elaboração de *briefing* da campanha do Dia Mundial de Luta Contra a Aids 2009. Marketing Analysis. No prelo 2009.

Ribeiro ACT. Milton Santos e o Brasil. Lugares e saberes: diálogos abertos. São Paulo: Perseu Abramo; 2004.

Soares IO. O projeto educom.TV: formação *online* de professores numa perspectiva educacional. [Acesso em 20 de nov 2009]. Disponível em <http://www.usp.br/nce/wcp/arq/textos/4.pdf>

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA e organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. [cópia mimeo]. Rio de Janeiro: UERJ: 2003. p.89-111.

Anexo 1

Lista de Siglas Utilizadas no Projeto

Aids	Síndrome da imunodeficiência Humana Adquirida
Ambulatório TT	Ambulatório de saúde integral para travestis e transexuais
Coges	Conselho Gestor
Comint	Núcleo de comunicação do CRT
CRT	Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença sexualmente transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência
ONG/Aids	Organização não-governamental que atua na área da aids
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PE DST/Aids-SP	Programa Estadual DST/Aids-SP
PNH	Política Nacional de Humanização
SAE	Serviços de Atendimento Especializado
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde-SP
SUS	Sistema Único de Saúde

Anexo 2: Distribuição de usuários do CRT por ambulatório - 1980-2008²²

Ambulatório	Masculino	Feminino	N	%
HIV/Aids	23.193	7805	31.011*	42,7
DST	11474	3634	15108	36,5
CTA	15389	11109	26498	20,8
Total	49840	22532	72604	100

* 13 usuários da ambulatório de HIV/Aids tem sexo ignorado

Anexo 3: Percentual de usuários matriculados no CRT segundo ambulatório e sexo

Ambulatório	Masculino %	Feminino %	%
HIV/Aids			

²² Dados coletados juntos à vigilância epidemiológica do CRT DST/Aids-SP em novembro de 2009

	74,8%	25,2%	100
DST	75,9%	24,1%	100
CTA	58,1	41,9	100

Anexo 4: Usuários Matriculados no ambulatório de HIV/Aids do CRT segundo raça/cor, 1980-2008

Cor	N	%
Branca	23760	76,6
Preta	2278	7,3
Amarela	92	0,3
Parda	3888	12,5
Indígena	34	0,1
Ignorada	959	3,1
Total	31.011	100%

Anexo 5: Usuários Matriculados no ambulatório de HIV/Aids do CRT segundo escolaridade, 1980-2008

Escolaridade	N	%
Nenhum	594	1,9
Primeiro	6039	19,5
Segundo	3501	11,3
Superior	4223	13,6
Ignorada	16654	53,7
Total	31011	100%

Anexo 6. Casos notificados de Aids entre Matriculados no CRT-DST/AIDS SP com 13 anos e mais, segundo categoria de exposição, 1980-2008

Categoria	N	%
Homo	3713	29,2
Bi	1276	10,0
Hétero	2819	22,1
UDI	2664	20,9

Hemofilia	41	0,3
Transfusão	89	0,7
Perinatal	4**	
Ignorada	2129	16,7
Total	12735	

** Casos em investigação