



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Fernanda Deotti Rodrigues

**Os enunciados das campanhas de prevenção à aids no Brasil e seus
dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde**

**Juiz de Fora
2012**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Fernanda Deotti Rodrigues

**Os enunciados das campanhas de prevenção à aids no Brasil e seus
dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado,
Instituto de Ciências Humanas da
Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Perucchi/ UFJF

APOIO FAPEMIG

**Juiz de Fora
2012**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

**Os enunciados das campanhas de prevenção à aids no Brasil e seus
dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde**

Autora: Fernanda Deotti Rodrigues

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Perucchi

Comissão Examinadora:

Avaliador 1: Prof. Dr. Fernando Seffner (UFRGS)

Avaliador 2: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani (UFJF)

Avaliador 3: Prof.^a Dra. Juliana Perucchi (UFJF)

*Às pessoas que vivem e convivem com o HIV/aids,
por dias melhores e vidas mais bem cuidadas:*

*Traze-me um pouco das sombras serenas
que as nuvens transportam por cima do dia!*

*Um pouco de sombra, apenas,
- vê que nem te peço alegria.*

*Traze-me um pouco da alvura dos luares
que a noite sustenta no teu coração!*

*A alvura, apenas, dos ares:
- vê que nem te peço ilusão.*

*Traze-me um pouco da tua lembrança,
aroma perdido, saudade da flor!*

- Vê que nem te digo - esperança!

- Vê que nem sequer sonho - amor!

Cecília Meireles

Politizar significa olhar além do nosso próprio espelho narcísico, recuperar o que nos une como excluídos por aquela parte que nos difere de "todos", expandir uma identidade política defensiva para nos juntarmos a "toda a gente", porque todos temos direito à liberdade de ser e sonhar. Politizar implica reconhecer que há muitos outros excluídos, diminuir a frustração individual com os limites impostos pelo contexto sócio cultural, superar a culpa de não seguir os guias para ser, culpa inconsciente das condições históricas que produziram maior vulnerabilidade e a exclusão.

Vera Paiva

AGRADECIMENTOS

A realização desta pesquisa de mestrado e a minha escolha pela trajetória acadêmica somente foram possíveis porque muitos estiveram ao meu lado. Gostaria de agradecer as pessoas e as instituições que viabilizaram não apenas a concretização deste estudo, mas também cultivaram em mim a *vontade de saber*, e, posteriormente, me apoiaram no desafio de transmitir. Agradeço:

À Universidade Federal de Juiz de Fora, por mais uma vez me receber e contribuir para a minha formação, possibilitando o meu aprimoramento enquanto pesquisadora e docente.

Ao Hospital Universitário/UFJF, território da construção de todo o desejo pela Psicologia Hospitalar e da Saúde, onde eu pude conhecer a dura realidade de viver e morrer com HIV/aids.

À Fundação de Apoio ao Hospital Universitário/UFJF e à Faculdade de Medicina/UFJF, por serem os primeiros lugares a abrirem suas portas para que eu pudesse aprender a ensinar.

À Faculdade Machado Sobrinho, por ser um espaço ímpar de interlocução e crescimento.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, por conceder bolsa de estudo, favorecendo a realização desta pesquisa.

Agradeço especialmente a Juliana Perucchi, querida orientadora, por ter me acolhido no início do mestrado, preservado as minhas idéias iniciais e respeitado o meu tempo, que se tornou muito escasso na reta final da pesquisa. Agradeço sua generosidade e as valiosas supervisões nas quais pudemos juntas construir uma proposta de estudo que realmente ampliou muitos horizontes.

A Telmo Ronzani, pelas ricas considerações no exame de qualificação desta pesquisa e por ter contribuído significativamente para o aprimoramento do meu conhecimento acerca das interfaces entre Psicologia e Saúde.

A Fernando Seffner, por oferecer outra perspectiva à ênfase dada por este estudo, a partir de cuidadosas considerações na ocasião do exame de qualificação, contribuindo de maneira especial para o refinamento teórico e metodológico.

A Gilberto Barbosa Salgado, pois não poderia deixar de fazer uma homenagem, infelizmente póstuma, a este grande mestre com quem tive o privilégio de aprender e conviver no início do programa de mestrado e quem muito influenciou, inclusive, na escolha de uma nova proposta de pesquisa, tamanho entusiasmo e conhecimento com os quais transmitiu a obra foucauldiana.

À Lara Brum de Calais e Laíse Navarro Jardim, pela forma afetuosa e desprendida que me apresentaram o universo da assistência e da pesquisa em HIV/aids. Agradeço a amizade e a companhia alegre de vocês ao longo desses dois anos.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa e Práticas Sociais em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde, pelas enriquecedoras discussões que compartilhamos.

À Irma Neves Tallmann Saar e Daniele Antunes Rangel pelos preciosos momentos que dividimos no início do mestrado, pelas indicações literárias e pela amizade que se manteve.

Aos alunos do Curso de Extensão em Psicologia Hospitalar e da Saúde/FHU, do Curso de Especialização em Psicologia e Saúde/UFJF e do Curso de Psicologia da Faculdade Machado Sobrinho, pela oportunidade constante de troca e de crescimento.

À Maria Stella Filgueiras, por todo aprendizado acerca da Psicologia Hospitalar e da Saúde transmitido ao longo desses anos, pelo incentivo de ingresso no mestrado e pela sincera amizade.

À Hila Martins, amiga e parceira em projetos muito especiais, que só puderam ser sustentados, em meio a tantas outras atividades que realizamos, pela nossa afinidade e cumplicidade.

A Adilson Fonseca Barros, pelo incentivo de ingresso no mestrado e por ser uma pessoa muito especial no início da minha trajetória acadêmica. Obrigada por todo apoio e carinho e pelas sólidas orientações.

À Leila Guimarães Lobo de Mendonça, pelas valiosas reflexões que me levaram a reconhecer e a sustentar o meu desejo.

Ao meu noivo Bruno, pela presença certa e segura ao longo dos últimos quatro anos. Obrigada pelos inúmeros gestos de carinho que colaboraram para a realização de muitos trabalhos.

Aos meus queridos pais Píndaro e Ana Lúcia e à minha irmã Lu, por serem a base que sustenta a realização de todos os meus sonhos. Agradeço todo amor e confiança depositados.

RESUMO

RODRIGUES, Fernanda Deotti. *Os enunciados das campanhas de prevenção à aids no Brasil e seus dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde*. Juiz de Fora, 120 p., 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Perucchi.

O presente estudo teve o intuito de analisar os conteúdos midiáticos das campanhas de comunicação de massa produzidas pelo Ministério da Saúde do Brasil, voltadas à prevenção do HIV/aids. Tais mídias são concebidas como dispositivos produtores de determinados enunciados que se apresentam como verdades no contexto do HIV/aids. Resultado produzido pela articulação entre saberes-poderes em torno da questão da aids e estratégias de governamentalidade que definem modos de viver. A aids, enquanto fenômeno social, sobre o qual se desenvolvem políticas públicas de prevenção, quando enunciada por meio de certos dispositivos como a mídia, estabelece determinadas concepções sobre a doença e prescreve condutas à população. As campanhas de prevenção ao HIV/aids do Ministério da Saúde são pautadas por estas políticas públicas e, ao produzirem enunciações acerca da prevenção, instituem posições de sujeito a serem ocupadas por pessoas que acessam os serviços de saúde, onde as políticas públicas são implementadas e por onde circulam essas mídias. Tais posições são então ocupadas por indivíduos, que irão ou não aderir a uma mudança de atitude comportamental, terem ou não práticas sexuais seguras, utilizar preservativos, enfim, consumir os produtos da prevenção. Assim, os conteúdos e informações acerca da aids que foram e ainda são construídos e enunciados pela mídia, de 1998 a 2010, em especial a partir dessas campanhas, constitui a principal fonte documental desta pesquisa. Os enunciados que compõem os *releases* das campanhas foram analisados a partir do referencial teórico de Michel Foucault, por meio do método da Análise do Discurso. O objetivo geral foi investigar como estas campanhas enunciam os sujeitos das políticas públicas de prevenção à aids e quais enunciados de prevenção são propagados, sendo, assim, possível investigar a mídia como dispositivo produtivo para a governamentalidade no âmbito da saúde pública brasileira. Ao focar nestas fontes de pesquisa, esta proposta de investigação ressalta o atributo político destes dispositivos midiáticos, em seu caráter produtivo, em sua capacidade de disseminar discursos e de fabricar verdades sobre temas tão complexos como a aids. Os resultados constatarem que o discurso das campanhas utiliza-se, basicamente, da estratégia de incentivo ao uso do preservativo masculino, responsabilizando e culpabilizando o indivíduo no que se refere às medidas de prevenção e meios diagnósticos; emprega-se uma pedagogia propositiva que incide nos comportamentos e nos modos de vivência da sexualidade; e, principalmente, ao tratar da prevenção, não abarca a proposta da *prevenção positiva*, uma das mais importantes contribuições para a renovação da política nacional de combate à epidemia.

Palavras-chave: HIV/aids, políticas públicas, mídia, campanhas de prevenção.

ABSTRACT

RODRIGUES, Fernanda Deotti. *The statements of aids prevention campaigns in Brazil and their truth production devices in the health scope*. Juiz de Fora, 120 p., 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Perucchi.

The present study had the aim of analyzing the media contents of mass media campaigns produced by the Brazilian health Ministry, targeting HIV/aids prevention. Such medias are conceived as devices which produce certain statements that are presented as truths in the HIV/aids context. Result produced by the articulation between knowledge-power surrounding the issue of aids and the strategies of governability which define ways to live. Aids, as a social phenomenon, about which public policies on prevention are developed, when enunciated by means of certain devices such as the media, establishes conceptions about the disease and prescribes conducts to the population. The campaigns of HIV/aids prevention by the Health Ministry are based by such public policies and, by producing statements about prevention, institute subject positions to be occupied by people who access health care services, where the public policies are implemented and where these medias circulate. Such positions are then occupied by individuals, who will adhere or not to a change in behavioral attitude, have or not safe sexual practices, use condoms, thus, consume the prevention products. Therefore, the content and information about aids which were and still are constructed and enunciated by the media, from 1998 to 2010, especially by means of such campaigns, constitutes the main document source of this research. The statements which compose the campaign releases were analyzed from the theoretical perspective of Michel Foucault, by means of Discourse Analysis. The main goal was to investigate how these campaigns enunciate the subjects of the public policies of aids prevention and which statements of prevention are propagated, being, therefore, possible to investigate the media as a productive device to governability in the scope of Brazilian public health care. By focusing on these research sources, this investigation proposal highlights the political attribute of such media devices, in their productive character, in their capacity to disseminate discourses and fabricate truths about issues as complex as aids. The results prove that the discourse of the campaigns utilizes basically of the incentive strategy to the use of the male condom, placing responsibility and culpability on the individual in regards to preventive measures and means of diagnosis; a positive pedagogy is applied which regards behaviors and means of living sexuality; and mainly, in terms of prevention, it does not encompass the positive prevention proposal, one of the most important contributions to the renewal of the national policy of combat to the epidemic.

Key words: HIV/aids, public policies, media, prevention campaigns.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO	
E ASPECTOS CONCEITUAIS	18
Breve histórico social do HIV/aids no Brasil e no mundo	18
HIV/aids e políticas públicas de prevenção: a construção da resposta brasileira à epidemia	34
As campanhas de prevenção ao HIV/aids no Brasil e seus dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde	43
CAPÍTULO II – MÉTODO	53
CAPÍTULO III – ANÁLISE DO DISCURSO DAS CAMPANHAS	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	110

ANEXOS – encadernação própria entregue juntamente com esta dissertação.

INTRODUÇÃO

A presente dissertação está sendo apresentada para defesa ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), na linha de pesquisa Processos Psicossociais em Saúde.

A escolha do tema deste estudo e, principalmente, desta linha de pesquisa, se relaciona com o meu interesse enquanto pesquisadora por discussões inerentes à área da saúde. Tal preocupação esteve presente antes mesmo de meu ingresso no mestrado, quando, ainda na graduação em Psicologia, meus estudos foram concentrados na área da Psicologia Hospitalar e da Saúde. Desde então, este tem sido o meu campo de pesquisa e de atuação profissional. Após cursar as especializações, “Política e Pesquisa em Saúde Coletiva” (2006-2007) e “Psicanálise: Subjetividade e Cultura” (2006-2007) ambas pela UFJF, e ingressar no Programa de Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde (2007-2009) do Hospital Universitário/UFJF, que possibilitou atuar profissionalmente em diferentes níveis e serviços de atenção à saúde, muitas foram as inquietações concernentes a essa área de saber.

Minha trajetória permitiu-me, sobretudo, perceber, conforme aponta Scliar (2007), o quanto as concepções acerca de saúde e de doença não são únicas, estáticas e inquestionáveis. Pelo contrário, são questões frequentemente discutidas, repensadas e que, por isso, sofrem importantes mudanças com o passar do tempo, resultado de interesses políticos, econômicos, sociais e culturais das sociedades. Assim, pode-se constatar que saúde e doença não significam o mesmo para todos a todo tempo.

Neste sentido, a presente pesquisa partiu do pensamento de que a tentativa de disciplinar os comportamentos em saúde, empregada na sociedade contemporânea, contempla uma grande operação de controle social, historicamente conhecida, que, por sua vez, constitui uma meticulosa operação de pensar racionalmente, que exclui toda e qualquer individualidade e subjetividade, com o intuito de tornar universais os conceitos em saúde. Dessa forma, as práticas em saúde passam a ser impostas de modo globalizado e todos devem incorporá-las da mesma maneira. Através de concepções universais em saúde, certos mecanismos de controle podem ser empregados.

Estas considerações preliminares, que motivaram e sustentaram os objetivos deste estudo, também permitiram constatar que não se trata de um único mecanismo de controle que se encontra no cerne das relações sociais, mas de uma série de dispositivos

difusos de poder, tal como a mídia, que veiculam a ideologia de concepções universais em saúde. A mídia é aqui definida, de acordo com Medeiros e Guareschi (2008), não como um meio que naturaliza os objetos dos quais fala, mas como algo que produz aquilo do qual fala, ou seja, um discurso. O discurso, por sua vez, ainda segundo as autoras, entendido como produtor de certo número de enunciados que se apresentam como legítimos e que fabricam a realidade social.

Em seu livro *A Arqueologia do Saber*, Michel Foucault fixa o termo ‘discurso’ como o “conjunto de enunciados que se apóia em um mesmo sistema de formação”, que o autor compreende como sendo:

um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou tal objeto, para que empregue tal ou tal enunciação, para que utilize tal ou tal estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática. (Foucault, 2009a, p. 82-83)

A proposta inicial a ser trabalhada nesta dissertação seria parte de uma ampla pesquisa¹. Contudo, devido à reorientação do projeto inicial - que manteve o referencial teórico nas reflexões foucauldianas e a mídia como categoria de análise, entendendo-a como um dispositivo de controle na sociedade contemporânea - o estudo aqui apresentado articula mídia a outras duas categorias em sua problemática de pesquisa: aids² e políticas públicas de prevenção.

O HIV³/aids, enquanto fenômeno social, sobre o qual se desenvolvem políticas públicas de prevenção, quando enunciado por meio de certos dispositivos de poder/saber, como a mídia, estabelece determinadas concepções sobre a doença e

¹ Tratava-se de compreender a articulação entre práticas discursivas em saúde na atualidade e as relações de poder e de controle social que as permeiam, problematizando-as enquanto estratégias biopolíticas que contribuem para a construção de um saber que, por sua vez, repercute diretamente no processo de gestão do corpo e de medicalização da saúde. A pesquisa teria como suporte teórico e metodológico a Análise do Discurso de Michel Foucault. Contudo, em razão do falecimento do professor Gilberto Salgado, idealizador e orientador desta proposta de estudo, o tema inicial foi adaptado de acordo com a proposta da presente pesquisa aqui apresentada.

² Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Optou-se, nesta dissertação, por escrever a palavra aids com letras minúsculas, por tratar-se do nome de uma doença e, por isso, caracterizar um substantivo comum do ponto de vista gramatical; exceto quando esta palavra pertencer ao nome de instituições, departamentos, programas, projetos, entre outros, ou quando for utilizada em citação direta, na qual o autor em questão a tiver escrito com inicial maiúscula ou em caixa alta.

³ Human Immunodeficiency Virus (HIV), sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana, causador da aids (<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>).

modos de vida à população. Logo, a forma como as informações acerca da prevenção da aids foram e ainda são construídas e enunciadas pela mídia, desde o início da epidemia, em especial a partir das campanhas de massa e ações de impacto produzidas pelo Ministério da Saúde do Brasil, constituiu a principal ferramenta para a empiria desta pesquisa.

O estudo teve como fonte as campanhas de prevenção à aids lançadas pelo Ministério da Saúde, no período de 1998 a 2010, disponíveis no site governamental⁴. Considera-se estas campanhas como dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde, que partem de perspectivas das políticas públicas de prevenção ao HIV/aids estabelecidas pelo Estado. Acredita-se que as campanhas do Ministério da Saúde, pautadas por estas políticas públicas, quando enunciam proposições acerca da prevenção e do combate ao HIV/aids, instituem posições de sujeito, que são ocupadas por certos indivíduos, que irão ou não aderir à mudanças de comportamentos, precaverem-se em suas práticas sexuais, comprar preservativos, enfim, consumir os produtos de preservação da vida. Considera-se sujeito, segundo Foucault (2009a) todos aqueles que reproduzem e fazem funcionar discursos estabelecidos. O discurso expõe sua real materialidade por meio do que é pronunciado ou escrito, onde se revelam as posições de sujeito.

Assim, as articulações dos enunciados das campanhas de prevenção compõem formações discursivas, constitutivas de posições vazias, posições de sujeito, instituídas discursivamente pelo próprio Estado, a serem ocupadas por indivíduos – pessoas “de carne e osso”. Por isso, indivíduos não foram as fontes de informação propostas pela pesquisa, uma vez que se constituem como efeitos desses jogos de poder. Desse modo, não se trata de considerar que seja o ‘sujeito psicológico’ da aids que se deseja compreender, mesmo porque a repercussão emocional/subjetiva da epidemia já é bastante conhecida cientificamente; trata-se aqui de analisar os enunciados de verdades construídos acerca do HIV/aids, durante quase três décadas de epidemia, através das campanhas de prevenção encomendadas pelo governo brasileiro. Ainda sobre tais “posições vazias”, as quais indivíduos “de carne e osso” são chamados a ocupar, vale

⁴ <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISEA386CE6PTBRIE.htm>

lembrar que sujeito não é um conceito redutível a uma entidade lingüística nem a qualquer subjetividade psicológica, como explica Michel Foucault:

O sujeito do enunciado é uma função determinada, mas não forçosamente a mesma de um enunciado a outro; na medida em que é uma função vazia, podendo ser exercida por indivíduos, até certo ponto, indiferentes, quando chegam a formular o enunciado; e na medida em que um único e mesmo indivíduo pode ocupar, alternadamente, em uma série de enunciados, diferentes posições e assumir o papel de diferentes sujeitos. (Foucault, 2009a, p. 105)

A partir da análise dos discursos que compõem essas campanhas pretendeu-se, portanto, compreender como elas enunciam os sujeitos das políticas públicas de prevenção à aids, quais enunciados de prevenção são propagados, sendo, assim, possível investigar a mídia como um dispositivo produtivo para a governamentalidade no âmbito da saúde pública brasileira. Além disso, este estudo teve por intenção elucidar sobre as posições que os indivíduos são chamados a ocupar nas discursividades das campanhas e quais seriam os possíveis efeitos desses discursos como medidas de prevenção à epidemia.

Como afirma Michel Foucault (2010), governamentalidade implica, historicamente, o problema específico da população, o que conduziu à questão do governo e à relação entre segurança, população e governo. Por governamentalidade o autor entende três elementos:

1 – o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança. 2 – a tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina, etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes. 3 – resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado. (Foucault, 2010, p. 291-292)

Foucault (2010) frisa que a população aparece, nessa medida, mais como um fim e um instrumento de governo, do que como força para se conseguir governar efetivamente de modo racional e planejado, “[...] pois qual pode ser o objetivo do

governo? Não certamente governar, mas melhorar a sorte da população, aumentar sua riqueza, sua duração de vida, sua saúde, etc [...]” (p. 289). O interesse individual, como consciência de cada indivíduo, e o interesse geral, como interesse do conjunto da população, constituem o alvo e o instrumento fundamental do governo da população. O autor ainda aponta que se pode promover a governamentalidade por meio de campanhas:

[...] através das quais se age diretamente sobre a população, e técnicas que vão agir indiretamente sobre ela e que permitirão aumentar, sem que as pessoas se dêem conta, a taxa de natalidade ou dirigir para uma determinada região ou para uma determinada atividade os fluxos de população [...]. (Foucault, 2010, p. 289)

Por isso, a presente pesquisa ao propor uma análise dos enunciados das campanhas de prevenção à aids, partindo do discurso governamental sobre esta temática e diante da perspectiva de produção propositada de saberes no cotidiano para o governo da população, buscou o estudo das relações de poder. Foucault (2009b) ao referir-se ao poder não quer dizer do “[...] conjunto de instituições e aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos em um Estado determinado [...]” (p. 102), tampouco do “[...] sistema geral de dominação exercida por um elemento ou grupo sobre outro e cujos efeitos, por derivações sucessivas, atravessem o corpo social inteiro [...]” (p. 102) - estas seriam apenas suas formas terminais. A análise em termos de poder, para o autor, deve ser compreendida como a multiplicidade de correlações de forças: o jogo que, por meio de lutas incessantes, as transforma, reforça e inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas integrados; as defasagens e as contradições que as isolam entre si; estratégias nas quais se originam e cuja cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação das leis e nas hegemonias sociais.

Assim, os mecanismos de poder são parte intrínseca de todas as relações humanas, são circularmente o efeito e a causa delas. O poder, enquanto rede produtiva que atravessa todo o corpo social, produz saberes e, conseqüentemente, discursos. Desse modo, a análise das relações de poder pode encetar a análise global de uma sociedade, uma vez que permite vislumbrar quais são os efeitos de saber que são produzidos por meio das táticas de poder (Foucault, 2008). Para a análise desta pesquisa, também foi fundamental a articulação crítica da teoria do biopoder e da biopolítica⁵, de Michel Foucault. Trata-se, portanto, de um tema relevante, na medida em que

⁵ Estes conceitos podem ser encontrados na obra *Segurança, território, população*, de Michel Foucault (2008), e foram melhor trabalhados no capítulo da análise.

articula a prática discursiva em saúde na contemporaneidade a uma discussão de fundo epistemológico, que considera as relações de poder presentes nas relações sociais em sua origem.

Partiu-se, então, das seguintes problemáticas: as campanhas de prevenção à aids do Ministério da Saúde tratam, sobretudo, da “preservação da vida”. Mas como isso se processa? Qual a perspectiva de prevenção que é produzida e circulada? Que rumos parecem tomar as estratégias governamentais de prevenção a partir destas narrativas midiáticas? Quais efeitos têm essas ações de prevenção na vida das pessoas?

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar os enunciados que compõem as campanhas de prevenção à aids do Ministério da Saúde do Brasil, problematizando-as como dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde. Além disso, desejou-se alcançar os seguintes objetivos específicos: examinar o conteúdo dos *releases*⁶ das campanhas lançadas desde 1998 até 2010; compreender a articulação entre as formações discursivas das narrativas midiáticas das campanhas de prevenção à aids e as relações de poder e controle social que as constituem e atravessam; analisar a relação entre os discursos das campanhas, as estratégias de biopolítica, os processos de gestão dos corpos, a pedagogização e a higienização da sexualidade e a medicalização da saúde; refletir sobre os efeitos produtivos destas campanhas no que se refere à construção de verdades acerca do HIV/aids; e, ainda, contribuir para a consolidação do campo de estudos sobre HIV/aids do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora e, assim, promover a iniciativa de outros trabalhos de pesquisa voltados para esta temática.

Este estudo não é de natureza aplicada, porém, ao propor uma formulação de análise de certas discursividades das campanhas que produzem a realidade da prevenção da epidemia, seus resultados podem ser empregados na avaliação de políticas públicas em HIV/ aids. Será que através desses enunciados das campanhas, das verdades que são

⁶ No capítulo do método este material será melhor explicitado. Segue alguns exemplos anexos a esta dissertação. Por definição, os chamados *press releases*, comunicados de imprensa ou apenas *releases* são documentos divulgados por assessorias de imprensa para informar, anunciar, contestar, esclarecer ou responder à mídia sobre algum fato que envolva o assessorado, positivamente ou não. Trata-se de uma declaração pública oficial e documentada do assessorado. De modo geral, *releases* são usados para anúncios e lançamentos de novidades, que a assessoria em questão tem o interesse de que virem notícia. O *release* deve conter informação jornalística com objetivo promocional para o assessorado, ou seja, deve ser ao mesmo tempo de interesse jornalístico e institucional. Pode ser definido como o material informativo distribuído aos jornalistas para servir de pauta, ser veiculado de maneira completa ou parcial, e gratuitamente. É uma proposta de assunto, um roteiro, uma sugestão de pauta, mas do ângulo de quem o emite (http://pt.wikipedia.org/wiki/Assessoria_de_imprensa#Press_release).

construídas por tais jogos enunciativos, se está conseguindo reduzir a incidência do HIV/aids no país? Esta pesquisa não tem a pretensão de responder à esta pergunta, mas explicitar os discursos que têm produzido as estratégias midiáticas de prevenção ao HIV/aids entre a população brasileira; mas, espera-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas no âmbito da formulação de políticas públicas em saúde, sobretudo para pessoas em maior vulnerabilidade individual, social e programática.

Segundo Paiva (2000, p. 42), “ser vulnerável significa não ter acesso aos meios para se proteger: acesso a saúde reprodutiva e camisinhas gratuitas e de boa qualidade, por exemplo, liberdade para escolher ou propor [...]”. Por isso, de acordo com a autora (2009) a noção de vulnerabilidade enfatiza que o adoecimento pela aids é o resultado de aspectos coletivos e contextuais, como também de fatores individuais. Nesta perspectiva, a prevenção da infecção ou do adoecimento, se relaciona com recursos de várias ordens, para que pessoas e comunidades inteiras possam se proteger.

No Brasil, a vulnerabilidade, tanto de indivíduos quanto de populações, é o resultado da articulação de fatores relacionados a questões de gênero, faixa etária, raça, etnia, orientação sexual, renda, escolaridade, região e condições de moradia, entre outros elementos que, somados ao regime de desigualdades que marca a sociedade brasileira (Brasil, 2010a), acabam por agravar a situação da epidemia no país.

Os resultados deste estudo, portanto, pretendem colaborar para a promoção de uma reflexão ampliada acerca das políticas públicas de prevenção ao HIV/aids, considerando que tais políticas desdobram-se nas campanhas, sobretudo, por meio de produtos midiáticos. Estes, por sua vez, repercutem nas práticas de assistência ao traduzirem as políticas públicas nos serviços de atenção à saúde em diferentes níveis. Assim, a aplicabilidade da pesquisa é anterior, ou seja, não está diretamente relacionada à prática dos serviços, mas à reformulação de políticas públicas, nos pontos em que o Estado poderia melhor implementá-las. Para tanto, torna-se fundamental compreender a lógica que se está reproduzindo.

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO E ASPECTOS CONCEITUAIS.

I.I - Breve histórico social do HIV/aids no Brasil e no mundo.

Desde as primeiras notificações da aids, seguida por sua rápida e progressiva disseminação pelos diversos países, o mundo se deparou com um complexo conjunto de interrogações e perplexidades que giravam em torno do padrão inicial que essa epidemia apresentava (UNESCO, 2002). Por isso, o HIV não possui apenas uma “história natural”: o percurso da epidemia está traçado para além de elementos biológicos, mas também por fatores políticos e econômicos, assim como pelas relações sócio-sexuais presentes nas diferentes sociedades (McNeill, 1989 citado por Galvão, 2000). Além disso, uma das características mais marcantes da epidemia é o fato do HIV atingir tanto as nações mais ricas quanto as mais pobres e também interagir com outras doenças (Galvão, 2000).

O que se conhece por aids é apenas o produto destas complexas relações, que apresentam interpretações e análises competitivas, que apontam para as diferentes dimensões da epidemia (Epstein, 1996 citado por Galvão, 2000). É parte deste cenário e da cronologia dos acontecimentos que este capítulo pretendeu expor, ciente da impossibilidade de conseguir mencionar todos os fatos considerados fundamentais para a compreensão da trajetória da epidemia. Portanto, esta revisão teórica não teve por intuito fazer uma varredura de todo o contexto histórico da incidência do HIV/aids no Brasil e no mundo, mas sim, apontar alguns fatos, na medida em que estes se relacionam com o objetivo geral da análise proposta.

Cenário epidemiológico

Os primeiros casos da doença ocorreram nos anos 1977 e 1978 nos Estados Unidos, no Haiti e na África Central, mas apenas foram definidos como aids em 1982, quando, de fato, classificou-se a nova síndrome. Em 1981, nos Estados Unidos, surgem

as primeiras preocupações das autoridades de saúde pública com a misteriosa epidemia. As descobertas iniciais apontaram para a infecção através do contato sexual, do uso de drogas e da exposição a sangue e derivados (Brasil, 2010b). A partir disso, a epidemiologia e seus estudos sobre riscos funcionaram como uma instância que pode “legislar”, quase absolutamente, sobre os determinantes do problema e construir respostas para a sua solução. Com isso, entretanto, não se pretende afirmar que não exista qualquer sentido na utilização de parâmetros epidemiológicos no combate à epidemia - seu uso foi de fundamental importância (Ayres, 2002).

As primeiras iniciativas médico-epidemiológicas, ainda nos Estados Unidos, para a compreensão e tentativa de controle da propagação da doença, associaram, precocemente, a epidemia do HIV/aids a modos de vida de determinados grupos sociais, previamente estigmatizados pelas sociedades em geral (UNESCO, 2002). Contudo, os denominados “grupos de risco” - terminologia herdada da epidemiologia, que atendeu a uma tentativa inicial de classificar e explicar a doença, até então desconhecida, que atingia em sua maioria homens homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e, em determinados momentos, haitianos (Câmara & Lima, 2000), - contribuíram para a discriminação e marginalização destas pessoas.

Inicialmente, os homossexuais masculinos, seguidos pelos usuários de drogas injetáveis e pelas prostitutas, todos categorizados como pertencentes aos “grupos de risco”, foram apontados como os indivíduos mais propensos a se infectarem pelo HIV (UNESCO, 2002). Daí a adoção temporária do nome “Doença dos 5H”, em 1982, representando homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (nome em inglês dado às profissionais do sexo) (Brasil 2010b). Galvão (2000), entretanto, ressalta que os chamados “grupos de risco” serviram como uma via de mão-dupla, pois ao mesmo tempo em que essa classificação era uma forma de discriminação, também justificava a importância de traçar estratégias específicas para essas populações.

Na medida em que discriminar significa diferenciar – ação original de qualquer processo identitário, por exemplo – os “grupos de risco” colaboraram para formas preliminares de intervenção frente à epidemia, tendo esta classificação impactado na saúde pública, no que se refere ao direcionamento dos futuros planejamentos estratégicos de prevenção do HIV/aids. Ayres (2002) acrescenta que o conceito de

“grupos de risco” foi até apontado por alguns militantes gays como um fator que propiciou a organização da resposta política desses indivíduos nos Estados Unidos.

Mas, conforme destacam Câmara e Lima (2000), ainda que estas classificações estivessem fadadas ao fracasso, não se pode negligenciar o poder simbólico que carregam, uma vez que acabaram por fortalecer também os preconceitos voltados para as pessoas que, de alguma maneira, estão próximas desses grupos. Assim, deve-se considerar o fato de como as diferenças evidenciadas nestes grupos também se tornaram desigualdades legitimadas no âmbito dos direitos. Nesta perspectiva, Paiva (2002) acrescenta o quanto tais desigualdades e diversidades entre os indivíduos transformam-se em exclusão naturalizada, uma vez que desigualdades não são naturais, mas sim socialmente construídas, podendo também ser coletivamente desconstruídas e superadas. Por isso, Parker (2010) afirma que para compreender corretamente os processos de estigmatização e de discriminação, quer em relação ao HIV/aids ou a qualquer outra questão, é necessário refletir de maneira ampliada sobre a forma como determinados indivíduos e grupos passaram a ser socialmente excluídos, bem como sobre as forças que criam e reforçam a exclusão social em diferentes contextos.

Paiva (2000) aponta, então, uma importante transição na história de epidemia:

Evoluiu-se da idéia original de “grupos de risco” (qualificativo de prostitutas, drogados, hemofílicos, homossexuais, promíscuos) e da estratégia de ameaça de morte e denúncia da promiscuidade (ou vitimização de bebês e hemofílicos) e passamos para uma concepção “comportamentalista”: de um lado os comportamentos de risco, de outro práticas seguras (entre elas o sexo seguro e o uso de seringas descartáveis). Avançamos da curiosidade mórbida pelos doentes de Aids e da idéia de que existem “tipos de pessoas” perigosas para o conceito de “práticas arriscadas [...]” (Paiva, 2000, p. 33)

A partir disso, duas idéias apareceram para instrumentalizar a luta contra a aids: a solidariedade e o sexo seguro. Além de favorecer a possibilidade de falar abertamente sobre a epidemia e detalhar os meios de prevenção - passando de informações genéricas como “sexo transmite aids” para a possibilidade de nomear as práticas de sexo mais (ou menos) seguras -, essas idéias também colaboraram para o alcance da solidariedade aos doentes, que ficaram menos acuados. Assim, sem direcionar as ações a determinados indivíduos e populações, essa abordagem da

epidemia foi mais realista, uma vez que permitiu que as pessoas conseguissem identificar ou se perceber vulneráveis (Paiva, 2000).

Contudo, ainda segundo a autora, a concepção de “práticas de risco” apresentou certos entraves para o combate à epidemia, como a eliminação da noção de que existem populações mais vulneráveis à infecção, em virtude de condições socioeconômicas ou da falta de direitos, que acabam por realmente deixá-las mais expostas ao HIV; além disso, a imposição da lógica do marketing confundiu a idéia de promoção da saúde, enfatizando a propaganda do produto (camisinha) associada às práticas e aos comportamentos seguros que também se desejava vender. Assim, com a perspectiva de contexto social excluída, “[...] passou-se a enfatizar exageradamente decisões e escolhas racionais ou iniciativas individuais muito específicas, nem sempre possíveis em qualquer contexto cultural ou bipessoal [...]” (p. 35).

Por isso, “[...] a entrada da idéia de vulnerabilidade já trouxe para a cena essa preocupação com a questão social do problema. A necessidade de reflexão acerca da raiz social é percebida mais ainda quando a idéia de prevenção esbarra nos limites das abordagens comportamentalistas e individualizadoras.” (Ayres, 2010, p. 19). A compreensão da epidemia a partir da perspectiva de vulnerabilidade e de direitos humanos, entretanto, implicou a valorização das identidades de grupos e de populações, o respeito à diferença e a valorização da diversidade (Brasil, 2010a).

Pode-se dizer então, conforme Câmara e Lima (2000), que a epidemia da aids surgiu simultaneamente em diversas sociedades, em momentos distintos de suas histórias e foi socialmente construída. A soropositividade e a aids apontaram para uma nova condição social e engendraram formas de desigualdade, pois foram precedidas por um estigma, mais ou menos acentuado em função da inserção social dos indivíduos infectados. Daí a importância, segundo Galvão (2000), do conhecimento dos códigos e das construções culturais relacionadas à epidemia, presentes em cada sociedade.

No Brasil, a aids foi identificada em 1980, em São Paulo, quando o *Boletim Epidemiológico* registrou o primeiro caso e também o primeiro óbito (Galvão, 2002). Na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se restrita às maiores regiões metropolitanas do país, São Paulo e Rio de Janeiro. No final da década, observou-se a disseminação da doença para as diversas regiões do Brasil. Apesar do registro de casos em todos os estados, não houve uma distribuição homogênea da epidemia, prevalecendo

uma maior concentração nas regiões Sul e Sudeste, as mais desenvolvidas do país (Barreira, Castilho & Dhália, 2000).

No Brasil, os primeiros casos de aids eram relativos a homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis. No entanto, esse perfil vem sofrendo significativas mudanças no curso da epidemia: enquanto o total de casos acumulados na década de 80–90 na população masculina, por relações homossexuais, correspondia a 36% das notificações, em 2001, este percentual havia caído para 16,1%, ao passo que os registros da transmissão por via heterossexual cresceram de 9,9% para 40%, no mesmo período. Ainda no que se refere à população masculina, os casos de transmissão por uso de drogas injetáveis caíram de 19,5% para 14,5% no mesmo período (UNESCO, 2002).

A década de 80, no Brasil, foi marcada pelo fim do regime militar, que deixou profundas sequelas para a sociedade civil brasileira. Destacar esse momento político é fundamental para a compreensão do surgimento de novas demandas trazidas por grupos específicos, tal como os gays, as mulheres e os negros (Galvão, 2000). Segundo Miranda (2008), a epidemia da aids chegou ao país justamente no período de transição democrática, marcado pela reorganização e pelo fortalecimento da sociedade civil, que havia sido duramente perseguida e oprimida por reivindicar liberdade, igualdade e justiça social, durante os anos da ditadura militar. Foi esse cenário político nacional, somado ao crescente número de pessoas infectadas pelo HIV, às constantes violações de direitos de pessoas com aids e à inércia do Estado em apresentar respostas contra a epidemia, que impulsionaram a articulação de ativistas políticos e de profissionais de diversos setores da sociedade na luta contra a aids.

Segundo Galvão (2000), a militância política de esquerda de alguns fundadores de instituições de luta contra a aids, posteriormente denominadas Organizações Não-Governamentais/aids (ONGs/aids), influenciou a atuação desses grupos; por isso, estes foram marcados por uma postura política mais aguerrida e propositiva em relação ao Estado, exigindo ações concretas de combate à epidemia e assistência às pessoas vivendo com HIV/aids. Tais grupos trouxeram a compreensão de que para enfrentar a epidemia, além de atuar diretamente na prevenção e na propagação da informação, também seria preciso investir na participação da sociedade civil, em instâncias nacionais e internacionais, de modo a possibilitar a troca de experiências e a criação de redes de solidariedade. Teixeira (1997) afirma que foi a atuação do movimento gay que marcou o início das articulações da sociedade civil no combate à aids. Pelo fato de ter sido o

primeiro grupo afetado pela doença e o segmento mais atingido pelo preconceito e pela discriminação, o movimento gay foi pioneiro ao se posicionar publicamente e exigir das autoridades competentes medidas de enfrentamento da epidemia.

Ao contrário da clandestinidade que marcou grande parte das ONGs que surgiram no Brasil na década de 60, as ONGs com atividades em HIV/aids buscaram conferir a maior visibilidade possível ao trabalho que realizavam. Por isso, é cada vez mais problemático a utilização do termo ONG/aids, pois tal designação não dá conta de transmitir a diversidade da atuação não-governamental frente à epidemia (Galvão, 2002).

Câmara (2002) ressalta que os grupos de luta contra aids possuem trajetórias diferentes de outras entidades que atuam na área de saúde, o que traz algumas especificidades: os grupos que atuam na área da saúde, geralmente, são marcados pelas desigualdades sociais e reivindicam condições materiais concretas que interferem diretamente no fator saúde; enquanto que os grupos de luta contra aids são fortemente influenciados pela experiência individual com a soropositividade e, por isso, clamam, para além de condições materiais, por transformações subjetivas, tanto individuais quanto coletivas – lutam pela redefinição de sociabilidades perdidas em razão do preconceito.

Dessa forma, segundo Miranda (2008), pode-se dizer que a aids trouxe diversos desafios no campo das ciências, não apenas médicas, mas sobretudo sociais. Enfrentar o preconceito que acompanha a doença e seus reflexos na área da saúde sempre foi o maior obstáculo da luta contra a epidemia. Preconceito este que está diretamente relacionado com a sexualidade: assumir a soropositividade implica em revelar as preferências sexuais. Por isso, Galvão (2000) acrescenta, a partir das contribuições de Michel Foucault, que espera-se de uma pessoa soropositiva não apenas a confissão de que está infectada, mas, principalmente, a forma como se infectou, sobretudo se foi por via sexual.

[...] a aids caracteriza-se ainda hoje como uma doença envolta em julgamentos, preconceitos, juízos de valor, questões morais e de comportamento: quer-se sempre saber “como a pessoa passou a ser portadora, o que ela fez de ‘errado’”. Diferencia-se, dessa forma, de muitas outras das doenças atuais. Algumas delas já foram consideradas estigmas em outros tempos: a tuberculose [...] era associada, no final do século passado, a comportamentos boêmios e desregrados, a artistas, escritores, poetas [...]. (Soares, 2001, p. 87-88)

Assim, passadas mais de três décadas, a aids ainda é considerada uma doença de homossexuais, relacionada à perversão, promiscuidade, prostituição e drogas. Todo esforço das organizações da sociedade civil se volta para a tentativa de desconstrução desse imaginário, através do reconhecimento de direitos (Miranda, 2008).

Marques (2002) aponta que a estruturação das respostas políticas à aids no Brasil foi marcada por diferentes fases, considerando o desenvolvimento científico em relação à epidemia, a participação de diversos segmentos sociais e institucionais, além das articulações que permearam o espaço de construção das ações oficiais. O autor destaca que o cenário inicial foi configurado, principalmente, a partir do fortalecimento e da intensificação de uma pressão social por mudanças políticas. No campo da saúde, esta pressão foi representada pelo movimento da reforma sanitária e pelas articulações de forças democráticas que, posteriormente, ocuparam posições de poder e foram essenciais para mudanças na assistência à saúde do país.

Galvão (2000) afirma que com o passar dos anos, a aids começou a ser vista como uma doença que veio para ficar, fazendo com que as ONGs, em certo momento da epidemia, deixassem de atuar como “bombeiros”. Assim, cada vez mais os programas institucionais foram cedendo lugar às prestações de serviços e à elaboração de modos específicos de intervenção. As importantes mudanças ocorridas no cenário da cooperação internacional também influenciaram na recomposição do contexto nacional e, em um período de contenção de recursos, “eficácia” e “impacto” foram resultados cada vez mais esperados das ações de prevenção, que receberam um novo formato: o de “projetos”.

A autora destaca, entretanto, que a metamorfose, a velocidade e a “aculturação” do HIV requeriam rapidez e precisão das respostas, tanto no que se referia à prevenção, assistência e tratamento das pessoas com HIV/aids. Neste sentido, grande parte dos projetos desenvolvidos pelas ONGs baseavam-se na implementação de respostas imediatas, que buscavam atuar quase que com a mesma velocidade da ação do vírus. Por isso, tais projetos foram marcados pela transitoriedade, tanto de estratégias quanto de objeto, mas, mesmo com dificuldades, foram tidos como essenciais na tentativa de contenção de uma epidemia mundial que se pensava estar “fora de controle”.

Progressivamente, a partir de 1992, nota-se que as respostas ao HIV/aids foram deixando o campo da “ajuda humanitária” e passaram a ser o resultado de grandes empréstimos. Com a entrada do Banco Mundial, importante parceiro no gerenciamento da epidemia, alguns países tiveram nestes empréstimos uma das principais fontes de fundos para os programas de combate ao HIV/aids. A chegada de organismos como o Banco Mundial e a USAID (United States Agency for International Development), com suas estratégias globais de enfrentamento, alterou as regras, não apenas no que se refere aos financiamentos, mas também na forma como os projetos passaram a ser apoiados (Galvão, 2000).

A resposta brasileira à aids foi formalizada em 1986, através da criação do Programa Nacional de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e Aids (Brasil, 2010b). A principal conexão que mantém a resposta brasileira à aids, durante quase 30 anos de epidemia, é a estruturação das ações como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde do país. A partir da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, a saúde passou a ser defendida como direito de todos e dever do Estado, o que vem garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, o acesso universal igualitário às ações e aos serviços. Tal Constituição, conhecida popularmente por “constituição cidadã”, foi a primeira carta magna brasileira a afirmar o direito à saúde como direito fundamental, entrando em sincronia com o que é preceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em diferentes resoluções que reiteram o direito à saúde como fundamental a todo ser humano (Brasil, 2010a).

Ainda na década de 1980, surgiram os antirretrovirais (ARV) para impedir a multiplicação do HIV no organismo. Consistem de medicamentos que não eliminam o vírus, mas ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico do indivíduo. Por isso, seu uso é fundamental no tratamento da aids, uma vez que aumenta o tempo e a qualidade de vida das pessoas infectadas⁷. Entretanto, segundo Seidl, Melchíades, Farias, & Brito (2007):

⁷ Para combater o HIV, entretanto, é necessário utilizar pelo menos três antirretrovirais combinados, sendo dois medicamentos de classes diferentes, que poderão ser formulados em um único comprimido, daí o nome coquetel. O tratamento é complexo e necessita de acompanhamento médico, de modo a avaliar a adaptação do organismo, os efeitos colaterais, além de possíveis dificuldades na adesão. Para outras informações consultar o endereço eletrônico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>.

os primeiros anti-retrovirais permitiam benefícios temporários, em razão da baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica e os efeitos limitados sobre a redução da carga viral. A partir de 1996, com o advento de novas classes de ARV – inibidores da protease e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídios – foi possível alcançar, mediante a terapia anti-retroviral combinada (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART), êxitos significativos no tratamento de pessoas infectadas pelo HIV. Constatou-se, em decorrência, a diminuição relevante nos índices de morbidade e mortalidade por AIDS. (p. 2305)⁸

A possibilidade de traçar parâmetros clínicos para a introdução do AZT (zidovudina - primeiro antirretroviral fabricado no Brasil desde 1993⁹), a ampliação do diagnóstico, o controle dos bancos de sangue e o desenvolvimento de metodologias na área de aconselhamento, levaram à criação de serviços de testagem e aconselhamento na rede de atenção. Tais serviços oferecem ao usuário a possibilidade de diagnóstico, orientação e apoio social. O AZT favoreceu o controle da transmissão vertical do vírus, mediante a profilaxia durante a gravidez e o parto. Todos esses avanços trouxeram novas possibilidades de intervenção para o movimento social, ampliando a agenda de demandas sociais para o campo do acesso ao tratamento e diagnóstico (Brasil, 2009).

Em 1996, o Brasil tomou a decisão política de provisão da terapia antirretroviral combinada, o que promoveu um grande esforço nacional, no que se refere à ampliação da capacidade instalada e ao desenvolvimento institucional e logístico. Nesse período, observa-se uma mudança no perfil nosológico da epidemia, com significativa queda da taxa de mortalidade, redução da ocorrência de infecções oportunistas e diminuição da internação hospitalar - reflexo da introdução da política de acesso universal (UNAIDS, 2010). Dessa forma, a decisão do Programa Nacional de DST e Aids de garantir aos portadores do HIV/aids o acesso à terapia combinada trouxe mudanças significativas para o cenário nacional da epidemia (Galvão, 2000).

Como afirma Vera Paiva et al. (2006, p. 110):

O acesso gratuito e universal aos anti-retrovirais (ARV) e à testagem anti-HIV no Brasil têm reduzido drasticamente a mortalidade e a morbidade por Aids e a transmissão vertical. Tal redução é resultante também do esforço em responder precocemente à epidemia, ao combate do estigma e discriminação, envolvendo a população em

⁸ As autoras sustentam sua argumentação em três estudos publicados no mesmo ano: Baer e Roberts (2002), Guarinieri (2002) e Wu AW, Ammassari A., Antinori A. (2002).

⁹ Para maiores informações consultar: <http://www.aids.gov.br/pagina/medicamentos-antirretrovirais>.

geral, organizações não-governamentais (ONG) e grupos historicamente mais vulneráveis. Apesar de predominantemente católico, no Brasil abordam-se francamente temas sexuais na mídia e nas escolas. Além de distribuir milhões de preservativos, os programas governamentais de DST/Aids incluem projetos com trabalhadores do sexo, patrocinam a parada de orgulho gay (a maior do mundo, em São Paulo) e distribuem seringas para usuários de drogas injetáveis.

O Brasil foi pioneiro, entre países em desenvolvimento, ao implementar a política pública de acesso universal ao tratamento antirretroviral. Desde então, são efetivos os resultados das terapias antirretrovirais em grupos populacionais cada vez maiores de pessoas soropositivas. Atualmente, cerca de 197.000 destas encontram-se em tratamento gratuito na rede pública de saúde, o que representa cerca de 95% dos pacientes diagnosticados com HIV e elegíveis para tratamento (Brasil, 2010a). Neste sentido, desde 1996, o programa brasileiro de distribuição de medicamentos para o tratamento da aids é uma inovação, uma vez que consolida a visão de direito universal que guia o SUS, além de ampliar o acesso gratuito aos medicamentos, uma vez que estes não são garantidos para a maioria das doenças (Mattos, Terto Jr. & Parker, 2001).

Desde então, nota-se que o país vem despertando a atenção internacional e pode ser considerado como um “caso exemplar”, não apenas pelo número de casos oficialmente notificados como aids, mas também pela complexidade que a epidemia apresenta, pelos recursos provenientes do Banco Mundial e pela decisão do governo federal de garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos, principalmente antirretrovirais, na rede pública de saúde (Galvão, 2000).

Em 2009, o Programa Nacional de DST e Aids torna-se um departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais é integrado a este departamento. Assim, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem por missão formular e fomentar políticas públicas de DST, HIV/aids e hepatites virais, de forma ética, eficiente e participativa, fundamentada nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS. O Departamento encontra-se vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde e atua no sentido de reduzir a transmissão das DST, do HIV/aids e das hepatites virais na população, além de promover a qualidade de vida dos pacientes (Brasil, 2010b).

Atualmente, a política nacional de saúde no Brasil é liderada pelo Ministério da Saúde, responsável pelas articulações multissetoriais nesta área. Caracteriza-se por um sistema descentralizado, com comando único em cada esfera de governo. No Ministério da Saúde é o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais que coordena a política nacional de enfrentamento à epidemia. Este departamento estabelece as diretrizes da política nacional de combate à aids e apóia estados e municípios no planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações, fortalecendo, assim, as gestões de programas locais. Essa estratégia denomina-se Política de Incentivo Às Ações em DST/Aids. O Ministério da Saúde também promove e articula políticas intersetoriais de governo para a promoção dos Direitos Humanos das pessoas que vivem com HIV/aids e das populações vulneráveis (Brasil, 2010a).

Segundo parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a epidemia de aids no Brasil é concentrada, ou seja, apresenta taxa de prevalência da infecção pelo HIV menor que 1% entre parturientes residentes em áreas urbanas e maior que 5% em subgrupos populacionais sob maior risco de infecção pelo HIV (Brasil, 2010a). A resposta brasileira para a concentração da epidemia é considerada a melhor do mundo e está orientada pelos princípios e diretrizes básicos do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. O sucesso da resposta decorre de diversos elementos convergentes e sincrônicos, dentre os quais estão o desenvolvimento de um Programa Nacional de Prevenção e Controle das DST e da aids, que define diretrizes e normatiza as ações de prevenção, controle, tratamento/assistência e apoio nos estados e municípios; a estreita parceria com outros setores governamentais e não-governamentais; e, principalmente, a distribuição universal da terapia antirretroviral, o que possibilitou o declínio acentuado das taxas de mortalidade decorrentes da aids (EngenderHealth & Unfpa, 2008).

Em grande parte, somente é possível garantir os recursos necessários para a luta contra a aids, incluindo aí a aquisição e a distribuição de medicamentos antirretrovirais, além da cobertura dos custos de exames e procedimentos, porque esta demanda se insere numa luta ainda mais ampla pela manutenção e ampliação das fontes de financiamento público. No Brasil, se os números de atendimentos às pessoas vivendo com HIV/aids mostram uma grande cobertura, mesmo quando comparados com a população brasileira que se estima portadora do HIV, é porque apresentam estreita

conexão com os grandes números exibidos pelo SUS no cuidado à saúde da população, o que aponta também para uma ampla cobertura (Brasil, 2010a).

Desse modo, no Brasil, se é possível falar em prevenção do HIV/aids como um direito – o direito à prevenção e aos insumos necessários – e se conseguiu estruturar e manter um programa de acesso universal ao tratamento antirretroviral, é porque a resposta nacional à aids está inserida dentro da noção de saúde como um direito de todos. Tal noção se ancora nos Direitos Humanos, sendo assegurada pelo SUS e pela mobilização permanente da sociedade civil para sua efetiva implantação (Brasil, 2010a).

Do ponto de vista político e programático, essa é a característica mais importante da resposta brasileira à aids. A resposta brasileira à aids considera que, para ser eficiente, duradoura, capaz de manter-se e inovar, deve atentar para o cuidado à saúde em todas as suas dimensões e possuir um sistema de saúde pública bem estruturado. Questões estratégicas para a manutenção do programa brasileiro de aids, como o caso do licenciamento compulsório de medicamentos antirretrovirais, só puderam ser enfrentadas nos últimos anos por conta de outras iniciativas no mesmo sentido, tomadas pelo conjunto do sistema público de saúde brasileiro, cada vez mais envolvido em garantir o acesso aos medicamentos essenciais ao conjunto da população (Brasil, 2010a, p. 15-16).

Contudo, as políticas até o momento desenvolvidas, ao mesmo tempo em que provocam uma desaceleração da epidemia em termos absolutos, têm produzido também mudanças gradativas em seu padrão de progressão, resultando na banalização e na pauperização da aids. Paulatinamente, tem se observado também a interiorização, juvenização, heterossexualização e, conseqüentemente, a feminização da epidemia (EngenderHealth & Unfpa, 2008).

As fontes para a obtenção das informações sobre a ocorrência das DSTs e do HIV/aids no Brasil são a notificação compulsória¹⁰ dos casos de aids, de gestantes infectadas pelo HIV, de sífilis em gestantes e de sífilis congênita, utilizando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). Os procedimentos de relacionamento de bases de dados entre todos os sistemas de informação mencionados, empregados desde o ano 2000, têm proporcionado uma melhor apuração do número de casos de aids

¹⁰ Desde 1986, através da Portaria Ministerial número 542/86, a aids passou a ser uma doença de notificação compulsória (Galvão, 2002).

no país. Assim, os dados dos sistemas de informação e as pesquisas¹¹ realizadas ou financiadas pelo Departamento, têm contribuído para o monitoramento dos casos de HIV/aids e DST, de modo que os resultados favorecem a compreensão do real cenário epidemiológico e dos fatores determinantes dessas infecções na população brasileira (Brasil, 2010c).

No período de 1980 a junho de 2010, o Brasil apresentou 492.581 casos de aids notificados no Sinan. A metodologia de relacionamento dos bancos de dados, entretanto, proporcionou um incremento de 37%, o que resulta em 592.914 casos identificados neste período (Brasil, 2010c). Em média, são identificados 35 mil novos casos por ano (Brasil, 2010a). A região sudeste contribuía de forma mais expressiva para os valores elevados das taxas de detecção no país; porém, a partir de 2007, nota-se que a região sul passa a ter maior participação nesse valor elevado. A diminuição da detecção dos casos na região sudeste influenciou, de forma determinante, a estabilização da taxa do país (Brasil, 2010c).

Pode-se verificar, segundo *Boletim Epidemiológico – DST/Aids* (2010), que existem mais casos de aids no sexo masculino (385.818) do que no feminino (207.080); entretanto, nota-se uma queda na razão de sexos ao longo dos anos, que permanece estável desde 2002 em 1,5:1 (15 homens para cada 10 mulheres). Porém, conforme dados da UNAIDS (2010), ao mesmo tempo em que a taxa de incidência do HIV/aids vem decrescendo na população masculina, nota-se uma tendência à feminização da epidemia, na medida em que o mesmo evento não se faz presente quando se trata da população feminina. Pelo contrário, o número de casos de aids entre mulheres brasileiras adultas, adolescentes e jovens vem aumentando significativamente (EngenderHealth & Unfpa, 2008).

No ano de 2009 foram identificados 3.398 casos de aids em jovens de 13 a 24 anos de idade, sendo 1.875 casos no sexo masculino (9,1/100.000 habitantes) e 1.523 no feminino (7,5/100.000 habitantes). A razão entre os sexos, que era de 3,7:1 (37 homens para cada 10 mulheres) em 1990, caiu para 1,1:1 (11 homens para cada 10 mulheres) em 1998, culminando com a inversão dessa razão no ano 2000 (0,9:1 – 9 homens para cada

¹¹ Dentre as quais destaca-se o Estudo Sentinela-Parturiente, o Estudo com os Conscritos do Exército Brasileiro, as Pesquisas de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis, além daquelas que visam alcançar populações de difícil acesso, como homens que fazem sexo com outros homens (HSH), profissionais do sexo feminino (PS) e usuários de drogas (UD).

10 mulheres). Entretanto, entre 2007 e 2009, os jovens do sexo masculino voltam a ter maior participação nos casos de aids (Brasil, 2010c).

Com relação à faixa etária, observa-se que a maior proporção dos casos de aids encontra-se entre os 40 e 49 anos de idade. Nos indivíduos com 60 anos ou mais, verifica-se um aumento importante dos casos de aids em ambos os sexos, que passaram de 394 casos em 1999 para 938 casos em 2009 no sexo masculino, e, no sexo feminino, de 191 casos em 1999 para 685 casos em 2009 (Brasil, 2010c).

A análise por categoria de exposição aponta que a sexual, em 1998, era responsável por 91,3% dos casos, percentual este que em 2008 subiu para 97%. Entre indivíduos adultos do sexo masculino, houve aumento na proporção de casos de aids entre heterossexuais, que passou de 30,3% em 1998 para 45,2% em 2008. Com relação aos casos de aids entre HSH, pode-se observar, a partir do ano 2000, uma tendência à estabilização. Na categoria de exposição sanguínea, verifica-se uma acentuada queda na proporção de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI) – de 16,3% em 1998 para 4,9% em 2008 (Brasil, 2010a).

Ao analisar o acumulado dos casos de aids notificados em indivíduos de 13 anos ou mais, do sexo masculino, percebe-se que a maioria destes (63,6%) relaciona-se à categoria de exposição sexual, distribuídos entre heterossexual (31,2%), homossexual (20,6%) e bissexual (11,8%), e, na categoria de exposição sanguínea, o uso de drogas injetáveis pode ser observado em 17,6% dos casos. Para as mulheres, os casos de aids estão relacionados majoritariamente (91,2%) à categoria de exposição heterossexual (Brasil, 2010c).

A categoria de exposição transmissão vertical representa a principal forma de infecção da quase totalidade de casos entre menores de cinco anos (Brasil, 2010a). Observa-se uma redução, de quase 50% nos últimos dois anos, de novos casos por transmissão vertical entre crianças: 581 casos em 2004, 507 em 2005 e 320 em 2006. Esta tendência de queda vem sendo observada desde a introdução da terapia antirretroviral (UNAIDS, 2010). Em 2009, a cobertura do tratamento profilático para redução da transmissão vertical do HIV durante o parto foi estimada em aproximadamente 50%, apresentando tendência de crescimento desde 2003 (46,6%). Conseqüência do aumento da proporção de gestantes que realizaram o teste de HIV e conheceram o resultado durante o pré-natal, que passou de 52% em 2002 para 62% em 2004, mantendo-se nesse patamar também em 2006 (Brasil, 2010a).

Globalmente, as mulheres somam 50% de todas as pessoas vivendo com HIV e 60% das pessoas vivendo com o vírus na África Subsaariana. No Caribe, jovens mulheres estão 2,5 vezes mais predispostas a serem infectadas do que os homens. A maior vulnerabilidade de mulheres e meninas à infecção pelo HIV origina-se da suscetibilidade biológica e dos muitos desafios socioculturais, econômicos, legais que esta população enfrenta – como, por exemplo, papéis de gênero arraigados, relações de poder desequilibradas, ônus desproporcional da atenção à aids e a ocorrência da violência contra a mulher, incluindo coerção sexual. Além disso, soma-se também a insustentável urbanização e as precárias condições de vida. Todos estes aspectos não apenas limitam a autonomia das mulheres e meninas para se proteger do HIV, como também impedem o acesso a serviços de saúde e o exercício de seus direitos humanos. A epidemia exacerba todos esses agravos, tornando esta população ainda mais vulnerável, o que compromete a sociedade como um todo (UNAIDS/ONUSIDA Brasil, 2010).

Estima-se que atualmente no Brasil cerca de 630 mil indivíduos, de 15 a 49 anos de idade, vivam com HIV/aids, considerando que muitos casos não são adequadamente notificados e que parte das pessoas infectadas pelo vírus desconhece o fato. Com relação ao diagnóstico, pesquisas¹² revelam um aumento na cobertura de testagem para a detecção do HIV, de 28% em 2004 para 38,4% em 2008, para a população sexualmente ativa, de 15 a 54 anos, que declarou ter realizado o teste em algum momento da vida. Observou-se também um aumento de 50% no número de testes para a detecção da infecção pelo HIV realizados pelo SUS (Brasil, 2010a).

Hoje cerca de 190 mil pacientes HIV positivos estão em terapia antirretroviral (TARV) no país. Quase 35 mil pacientes iniciaram a terapia em 2008, dentre os quais 98,7% continuaram em tratamento após 12 meses do início, o que aponta para uma boa adesão ao tratamento. Quanto à mortalidade por aids, na última década, o Brasil registra uma média de 11.000 óbitos por ano. O coeficiente de mortalidade por aids variou de 9,6 em 1996 para 6,0 em 2006, por 100.000 habitantes, e se mantém estável desde então. Com relação aos indivíduos menores de cinco anos, o coeficiente de mortalidade por aids passou de 1,6 em 1998 para 0,6 em 2008, por 100.000 habitantes, apresentando

¹² Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP), realizada em 2004 e 2008 (BRASIL, 2010a).

declínio de cerca de 62,5%. Nos últimos anos observa-se um aumento da sobrevivência de pacientes com aids (Brasil, 2010a).

Apesar do acesso universal ao tratamento ter um impacto positivo na qualidade de vida e na diminuição das taxas de mortalidade por aids no país, observa-se que o número de óbitos é maior entre mulheres. Isso mostra que para combater a feminização da epidemia, não basta ter acesso aos antirretrovirais. Também são necessários investimentos em ações abrangentes, direcionadas para a promoção da saúde integral das pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA). Além disso, é preciso que essas ações estejam articuladas à política de redução das desigualdades socioeconômicas, de gênero e de raça, de promoção da autonomia econômica e financeira e do empoderamento das mulheres, de modo que seja reconhecido, protegido e garantido o seu direito à autonomia e à liberdade sobre o próprio corpo, em todas as fases da vida, como dimensão fundamental da saúde (EngenderHealth & Unfpa, 2008).

Parker (2000) aponta que durante três décadas, a pandemia do HIV/aids transformou-se em uma das mais sérias crises internacionais da saúde. Desde a sua incidência, tem sido descrita como a epidemia característica do final do século XX, inseparável de um período de crescente globalização e de uma era de mudança social sem precedentes. O autor afirma que a disseminação da contaminação pelo HIV, onde quer que tenha ocorrido, evidenciou as falhas da divisão social, assim como a (in)capacidade que diferentes sistemas sociais, culturais e políticos têm para responder ao desastre iminente.

Segundo Miranda (2008), a aids trouxe ao mundo não somente uma doença considerada sem cura, mas, principalmente, uma rediscussão de conceitos, preconceitos e comportamentos individuais e coletivos. Para a saúde pública, isso significa articular a noção de saúde com outras dimensões da vida social. Mais do que isso, a epidemia da aids convidou a refletir sobre a vida e sobre a morte, sobre como e quando viver, sobre quando e como morrer. Permitiu compreender que sobreviver não é sinônimo de viver, e que apenas o resgate da dignidade é capaz de trazer vida para quem acredita só ter a morte, garante saúde para quem se pensa doente.

Galvão (2002) ressalta que apesar das aparentes vitórias e do sucesso de respostas locais, o mundo está sendo confrontado com a falta de iniciativas que consigam socializar os benefícios de estratégias bem sucedidas, seja no campo da prevenção, tratamento e assistência. Ainda é necessário estabelecer ações que consigam

superar o estigma que persegue, em várias partes do mundo, homens, mulheres e crianças com HIV/aids. Na curta e intensa trajetória da pandemia de HIV/aids passou-se da noção de uma doença que afetava a poucos para um problema de segurança global.

Assim, um dos maiores desafios para o Programa Brasileiro de Aids é, justamente, conciliar a manutenção dos elevados níveis de investimento para o enfrentamento da doença com o fortalecimento do SUS, articulando a luta contra a aids com políticas de Estado para a ampliação da cidadania e dos direitos e o fortalecimento da democracia. A partir desta estreita conexão, as ações da luta contra a aids ganharão consistência e serão amparadas no quadro da vulnerabilidade e dos Direitos Humanos, com ampla participação da sociedade civil, em todos os níveis, e com a valorização das diversas identidades, como modo de ampliação da inclusão nas políticas de saúde (Brasil, 2010a).

I.II - HIV/aids e políticas públicas de prevenção: a construção da resposta brasileira à epidemia.

Desde o aparecimento da aids no Brasil, o país construiu importantes ações no campo da prevenção, internacionalmente reconhecidas e referendadas. Efeito da ação coletiva, que caracteriza a estruturação da resposta brasileira à epidemia, as iniciativas neste campo se desenvolveram, principalmente, com base nos referenciais dos Direitos Humanos, e foram também fortalecidas pelas vertentes da saúde coletiva e da educação popular no país (Brasil, 2009).

Dessa forma, a política de Direitos Humanos configura-se como um dos importantes pilares da resposta brasileira à aids, sendo transversal a todas as ações (Brasil, 2010a). Desde o início da epidemia, constitui-se como importante bandeira dos Direitos Humanos o favorecimento do acesso universal a prevenção, diagnóstico e tratamento. Contudo, o estigma e a discriminação apresentam-se como graves obstáculos à promoção deste acesso universal (Brasil, 2008). Por isso, as ações do movimento de luta contra aids possuem dupla direção: a política, baseada nos princípios

de justiça social e de equidade de direitos, e a simbólica, que combate a homofobia, o racismo, a marginalidade e a morte civil (Câmara, 2002).

Para o êxito das estratégias de luta pelos Direitos Humanos, de modo geral, tem sido de fundamental importância a parceria com a sociedade civil organizada, desde a incidência da epidemia no país (Brasil, 2010a). As Organizações da Sociedade Civil (OSC) são constituídas por grupos, redes, fóruns, ONGs e movimentos sociais, que atuam em várias áreas, inclusive no combate à epidemia de aids, hepatites virais e outras DSTs. Tais organizações¹³ representam a sociedade na elaboração, análise e discussão de políticas públicas, colaborando para o exercício da cidadania, como também para o controle social (Brasil, 2010b). Assim, “[...] desde o início, são as organizações da sociedade civil que constroem propostas inovadoras no campo da prevenção, sem com isso substituir as funções do Estado.” (Brito, 2010, p. 15).

A resposta governamental brasileira à epidemia, por sua vez, apresenta uma combinação entre autoridade nacional única em nível federal – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – e o processo de descentralização, que marca a construção e a ampliação do sistema público de saúde. Por se tratar de uma epidemia concentrada, com desigualdades de distribuição regional e populacional, a institucionalização das ações de prevenção e assistência, na rotina dos serviços de saúde, deve ser realizada mediante negociação entre a esfera nacional e as instâncias estaduais e municipais (Brasil, 2010a).

Conforme já apontado no tópico anterior desta revisão, é importante destacar que a elaboração da resposta brasileira aconteceu a partir de diálogos com uma variada gama de instâncias internacionais. Pode-se afirmar, por isso, que a “aids brasileira” sempre esteve conectada com diferentes interlocutores fora do país, seja em conferências internacionais, publicações, universidades, agências de financiamento ou institutos de pesquisa (Galvão, 2000).

É fundamental ressaltar que, desde o início da resposta à epidemia, muitos são os setores e as instituições que disputam espaço na produção de conhecimento e na elaboração de respostas eficazes. Por isso, pode-se dizer que questões relacionadas à aids estão presentes na agenda de inúmeras organizações, com os mais diferentes perfis

¹³ Oficialmente a sociedade civil está representada em duas comissões – Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS) e Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS) -, nos Conselhos de Saúde (CNS) e em vários grupos de movimentos sociais (<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-sao-organizacoes-da-sociedade-civil>).

e prioridades de ação, tal como o governo, as ONGs, as agências intergovernamentais, a indústria farmacêutica, as agências de cooperação nacionais e internacionais, os bancos multilaterais, as pessoas que vivem e convivem com o HIV/aids, grupos comunitários de presença local, cientistas sociais, agências de fomento ao desenvolvimento, movimentos religiosos, profissionais de saúde, educadores em saúde, entre tantos outros (Galvão, 2000).

Contudo, Brito (2010) aponta que, ao mesmo tempo em que se tem uma infinidade de atores e ações na luta contra a epidemia, também constata-se que há uma verdadeira competição de agendas. Tal fato, ao invés de somar esforços para ações combinadas, acaba por favorecer uma indesejável competição interna pelos recursos públicos para a execução de projetos, fragmentado, dessa maneira, a resposta à epidemia. Como resultado: as organizações menores são as mais prejudicadas, principalmente aquelas que têm suas ações voltadas para as populações vulneráveis.

Por isso, percebe-se o quanto a prevenção é um dos elementos mais discutido, mas também o menos estruturado do modelo preventivo, justamente porque é apropriado e, portanto, ressignificado por distintos segmentos sociais, além de ser difundido por meios de comunicação em massa de modo pouco controlado por seus diferentes formuladores (Pelúcio & Miskolci, 2009). Justamente porque “[...] os espaços em que são produzidos os conhecimentos e as intervenções para conter e evitar a epidemia são contextos políticos e de disputas de poder – logo se revestem de possibilidades que podem ou não responder às necessidades das pessoas diretamente envolvidas [...]” (Brito, 2010, p. 11).

Nessa medida, “[...] as maneiras pelas quais a sociedade brasileira respondeu ao HIV devem ser interpretadas dentro desse contexto mais amplo de forças políticas e influências culturais” (Parker, 1997, p. 13-14, citado por Galvão, 2000). As diversas dimensões da epidemia não podem ser tomadas de forma isolada ou definitiva, mas, pelo contrário, uma das marcas da aids é a transitoriedade que, de modo geral, revela as certezas e as verdades sobre o HIV (Mann, 1996 citado por Galvão, 2000).

Assim, torna-se importante resgatar parte da estruturação das ações preventivas e suas principais articulações com o objetivo geral da análise proposta por este estudo, de forma a compreender a construção dos atuais dispositivos discursivos sobre a prevenção da epidemia no Brasil, em especial a partir das campanhas do Ministério da Saúde.

Prevenção e aids: a necessidade de atualização das práticas

Segundo Ayres (2002), passados trinta anos desde a incidência dos primeiros casos da doença, a importância da prevenção do HIV/aids não é menor nos dias de hoje – pelo contrário, a prevenção tem sido uma questão crucial para os programas de controle da aids. Mesmo os grandes avanços do conhecimento e as novas tecnologias não esvaziaram os desafios da prevenção, uma vez que todo este progresso não alterou substancialmente os determinantes fundamentais da vulnerabilidade à infecção pelo HIV e o adoecimento de significativos contingentes populacionais. O desenvolvimento dos recursos diagnósticos e terapêuticos no manejo da aids, impõe um concomitante reforço e exame crítico das ações preventivas. Nessa medida, Galvão (2000) aponta que os projetos de prevenção tornaram-se componentes fundamentais na estratégia global de diminuição da infecção pelo HIV, visto que o crescimento do conhecimento científico sobre a aids não foi acompanhado pela redução do número de novos casos.

Assim, a prevenção continua sendo a principal ferramenta de enfrentamento da epidemia do HIV/aids no mundo. Porém, novas estratégias preventivas precisam ser permanentemente estudadas e colocadas em prática, com o intuito de ampliar a efetividade dos programas de prevenção, de forma que estes possam estar em consonância com as dinâmicas da epidemia e com o aparecimento de novos desafios (Terto Jr. & Pimenta, 2009).

Para tanto, segundo Ayres (2002), deve-se pensar em estratégias de prevenção ao HIV/aids menos em termos de “grupos populacionais” e muito mais em termos de “contextos de intersubjetividade”, na tentativa de delimitar espaços sociais, culturais, políticos e de interação, geradores de maior vulnerabilidade. Diante disso, promover a substituição da atitude modeladora de comportamentos por uma atitude emancipadora das práticas educativas. Para tanto, não centrar as políticas, programas e ações nos grupos ou comportamentos de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos sujeitos sociais e suas interdependentes identidades.

Nesta perspectiva,

[...] sem desprezar as informações trazidas pelos indicadores epidemiológicos e as associações probabilísticas, é preciso orientar as ações por subsídios que não se restrinjam as “evidências” epidemiológicas e por ações que não se limitem a apostas na informação/modelagem dos indivíduos. É preciso um saber

interdisciplinar, uma ação intersetorial e uma retro-alimentação de ambas por avaliações que tomem menos o econômico e o técnico, em sentido estrito, e mais os valores e os Direitos Humanos como forma de nos perguntarmos e respondermos à questão primordial: estamos fazendo a coisa certa? (Ayres, 2002)

No decorrer da história da epidemia do HIV/aids, pode-se resgatar três grandes movimentos de atualização das práticas preventivas. O primeiro deles foi caracterizado por uma forte presença e atuação da sociedade civil organizada, que teve por prioridade combater o preconceito e o estigma, criando vínculos imprescindíveis para a promoção da solidariedade. O segundo movimento esteve mais vinculado aos avanços clínicos e ao desenvolvimento de métodos diagnósticos. O terceiro movimento foi iniciado a partir da introdução da noção de vulnerabilidade, a partir da publicação do livro *Aids no mundo*, de Jonathan Mann. No Brasil, a noção de vulnerabilidade tem sido orientadora da política nacional de prevenção desde a década de 90 (Brasil, 2009).

Destaca-se como os primeiros acontecimentos importantes, referentes ao primeiro movimento de práticas preventivas de combate à propagação do HIV/aids, a partir do registro do primeiro caso de aids no Brasil (1980): em 1983, o grupo gay “Outra Coisa”, de São Paulo, realiza um dos primeiros trabalhos comunitários de distribuição de folhetos informativos sobre a aids e suas formas de prevenção (Terto Jr., 1997, p. 32, citado por Galvão, 2002); em 1985, em São Paulo, fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), sendo a primeira organização não-governamental totalmente dedicada à aids (Galvão, 2002); também em 1985, em São Paulo, fundação da Casa de Apoio Brenda Lee - primeira casa de apoio para pessoas com HIV/aids (Ministério da Saúde, 1997 citado por Galvão, 2002); em 1986, no Rio de Janeiro, fundação da ONG/aids Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) (Galvão, 2002); em 1989, no Rio de Janeiro, fundação do primeiro Grupo Pela VIDDA (Pela Valorização Integração e Dignidade do Doente de Aids) (Miguez, 1989 citado por Galvão 2002); em 1990, em São Paulo, fundação do Grupo de Incentivo à Vida (GIV) – primeiro grupo brasileiro de auto-ajuda para pessoas soropositivas (Galvão, 2002); entre 1985 e 1991 mais de cem ONGs surgiram no Brasil (Parker, 1994 citado por Paiva, 2000); em meados da década de 90, quatrocentas ONGs já estavam trabalhando com aids (Boletim Pela Vidda, 1995 citado por Paiva, 2000).

O segundo grande movimento, relacionado aos avanços clínicos e ao desenvolvimento de métodos diagnósticos, foi marcado pelos seguintes acontecimentos:

em 1982, a identificação de maneiras de possível transmissão do HIV – exposição a sangue e derivados, contato sexual e de mãe para filho e uso de drogas (UNAIDS, 2001 citado por Galvão, 2002; Brasil, 2010b); em 1985, a disponibilização, nos Estados Unidos, do primeiro teste para detecção do HIV (Sepkowitz, 2001, p. 1765, citado por Galvão, 2002); em 1986, a nomeação do vírus HIV, após seu isolamento no Instituto Pasteur, em 1983, na França, e no Instituto Nacional do Câncer, em 1984, nos Estados Unidos (Galvão, 2002); em 1987, aprovação do AZT como medicamento para o tratamento da aids (UNAIDS, 2001 citado por Galvão, 2002); em 1988, no Brasil, inicia-se a distribuição de medicamentos para as infecções oportunistas pelo SUS (Ministério da Saúde, 1999 citado por Galvão, 2002); em 1991, o AZT começa a ser distribuído no sistema público de saúde (Ministério da Saúde, 1999; Passarelli, 2001, p. 8, citado por Galvão, 2002); e o Brasil, em 2001, já produzia sete medicamentos antirretrovirais (Ministério da Saúde, 2001 citado por Galvão, 2002).

O terceiro movimento, que marca a trajetória da atualização da prevenção ao HIV/aids, traz o importante conceito de vulnerabilidade, defendido¹⁴ desde o final da década de 1980, mais apropriado do que a noção de “grupos de risco” ou do que a idéia de responsabilidade individual descontextualizada (Paiva, 2000). Isso porque, conforme já discutido anteriormente, apesar do desenvolvimento de importantes recursos educativos, amplamente utilizados junto à população, a partir da identificação dos comportamentos de risco, observou-se que essas estratégias e seus métodos de avaliação não passaram da superfície do problema (Ayres, 2002). Além disso,

as práticas propostas nos guias de sexo seguro, ou as condutas sexuais que a idéia de sexo seguro – como sexo consensual e a discussão sobre o uso da camisinha com o parceiro – pressupõem que a sexualidade seja definida sem hierarquias, sem diferenças de poder, com condições materiais e educacionais inexistentes nos países mais pobres. Se vamos simplesmente sair receitando por aí esses “produtos”, estamos deduzindo que todos os brasileiros têm acesso à camisinha, sabem usá-la adequadamente e vão saber negociá-la com os parceiros (desconfiados) em cada encontro sexual [...] (Paiva, 2000, p. 41).

Contudo, é importante ressaltar que a utilização de preservativos, como método de prevenção ao HIV/aids, envolve muito mais do que a mera importação ou

¹⁴ O conceito de vulnerabilidade foi defendido por críticos como Parker, R. (1991); Mann, J. et al. (1994); e Ayres, J. R. (1996 e 1999), segundo Vera Paiva na obra *Fazendo arte com a camisinha* (2000, p. 41).

distribuição de camisinhas¹⁵; Paula Treichler (1989, citado por Galvão, 2000, p. 109-110) classifica ações deste tipo como simples “transferência de cultura material”, com possibilidade de impacto limitado no contexto onde se pretende atuar. Isso porque, segundo Paiva (2000), distribuições aleatórias de camisinhas gratuitas pelo governo, como acontece no período de Carnaval¹⁶, por exemplo, acabam por não fazer sentido para todos que recebem o insumo e muitos não irão utilizá-lo. Em contrapartida, constata-se que trabalhadores do sexo que desejam fazer uso do preservativo e se proteger da epidemia com seus parceiros, muitas vezes não o encontra disponível nos postos de saúde. Daí a necessidade de atentar para a importância das ações produzidas acontecerem, cada vez mais, em consonância com as reais necessidades do público-alvo a que se destinam (Galvão, 2000), considerando os aspectos de vulnerabilidade, como a pobreza, as desigualdades nas relações de gênero, a intolerância à diversidade sexual, exclusão racial, entre outros aspectos. Ainda assim, permanecem enormes desafios para a adoção de práticas sexuais mais seguras (Brasil, 2009).

Segundo Parker (2000), a propagação incontrolada do HIV/aids em todo o mundo evidencia, de maneira dolorosa, a nossa profunda ignorância a respeito da sexualidade humana. A falta de incentivos à pesquisas sobre o comportamento sexual leva à quase total ausência de compreensão a respeito da complexidade e da diversidade da expressão sexual, além de praticamente inviabilizar uma resposta eficaz diante do avanço da epidemia. Somado à isto, a ausência de uma tradição em teorias e métodos mais amplamente desenvolvidos para realizar pesquisas sobre sexualidade, tem restringido o desenvolvimento de novos estudos, o que acaba por não oferecer fundamentos aos pesquisadores para uma avaliação das práticas sexuais que levam à disseminação do HIV. Tudo isso limita a capacidade de contribuir significativamente para o delineamento de estratégias mais eficazes de prevenção à aids.

O HIV aparece no mundo justamente no momento em que se discute a liberdade sexual e reivindica-se o sexo como expressão de liberdade e prazer. Defendia-se o sexo

¹⁵ No site do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais destaca-se que em 2009 houve distribuição recorde de mais de 465 milhões de preservativos em todo o país (<http://www.aids.gov.br/pagina/compra-e-distribuicao-de-medicamentos-e-insumos-de-prevencao>).

¹⁶ A promoção do preservativo masculino e sua distribuição gratuita são tão propagados que, conforme explicita o *release* da campanha do carnaval de 2004, “já existe até uma expectativa por parte da própria população em relação a esta ação [...] das três campanhas de massa promovidas pelo Ministério da Saúde durante o ano, a campanha de preservativos para o carnaval é definitivamente a mais lembrada pela população”.

como sinônimo da vida, na perspectiva do viver a vida e não apenas da perpetuação desta, e o HIV o transformou em instrumento de morte (Miranda, 2008). Assim, a aids foi responsável por mudanças significativas em vários campos, não apenas o da saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença. Tal fato conferiu maior visibilidade às questões relacionadas à sexualidade (Galvão, 2000).

Entretanto, apesar dessa maior visibilidade, não se consegue lidar com a sexualidade como um campo importante da vida, mas apenas como algo estritamente relacionado às questões do ato sexual. Mesmo as ações preventivas de combate à epidemia, empregadas nesse campo, são reduzidas às conseqüências do ato físico do sexo, como a infecção pelo HIV e a transmissão de outras DSTs, por exemplo. Por isso, o significativo foco na promoção do uso do preservativo e na quantidade distribuída destes insumos, desconsiderando outras esferas da sexualidade, que não apenas a comportamental. No que se refere às inúmeras formas de vivência da sexualidade, considera-se apenas o padrão heterossexual e monogâmico, impondo-o, muitas vezes, como norma para relações seguras. Mesmo ciente de que, segundo Paiva (2000), a normatização nunca foi totalmente eficiente para manter uma única ordem sexual.

Assim, para se conhecer de fato a complexidade dinâmica da vida sexual não é suficiente apenas descrever atividades e práticas sexuais, possibilidades de arranjos dos corpos ou pensar a sexualidade a partir de preferências e da frequência de cada prática sexual, contabilizando instrumentos - quantidade de camisinhas e contraceptivos - como fez a epidemiologia e a sexologia. É preciso ir além, investigar o contexto brasileiro e cada grupo, o sentido e o significado atribuído a cada orifício ou órgão, cada prática, cada movimento (Paiva, 2000).

É interessante pensar, entretanto, partindo das contribuições da obra *História da Sexualidade I: a vontade de saber*, de Michel Foucault (2009b), o quanto o puritanismo moderno, que impôs uma lógica hipócrita e capenga às questões que envolvem a sexualidade, deixou furos, que ficaram ainda mais evidentes diante da epidemia da aids. Isso permite compreender que a realidade da epidemia, especialmente no que tange à sexualidade, foi e ainda é muito mais fabricada do que dada à priori.

Até o início do século XVII, observa-se que as práticas sexuais não procuravam o segredo, eram vivenciadas sem disfarces, pois eram frouxos os códigos da obscenidade e da decência. A partir do século XVIII, percebe-se que a sexualidade foi cuidadosamente encerrada: muda-se para dentro de casa, sendo confiscada pela família

conjugal e absorvida na seriedade da função de reproduzir. O quarto dos pais passa a ser o único lugar de sexualidade reconhecido no espaço social. Assim, o casal - legítimo e procriador - passa a ditar a lei, impõe-se como modelo, fazendo reinar a norma, detendo a verdade, reservando-se ao princípio do segredo. Essa repressão, decerto, funciona como condenação ao desaparecimento da sexualidade, mas também como injunção ao silêncio. O que foge a esta regra, recebe status de anormalidade, sendo expulso e negado (Foucault, 2009c).

Mas, surge uma incitação política, econômica e técnica a falar do sexo: não sob o aspecto de uma teoria da sexualidade, mas sob forma de análise, de contabilidade, de classificação e especificação. Formulava-se, então, um discurso para além da moral do sexo, mas da racionalidade deste: sobreleva-se o sexo ao poder público e exige-se procedimentos de gestão (Foucault, 2009c).

Contudo, a colocação do sexo em discurso ao invés de sofrer um processo de restrição foi, ao contrário, submetida a um mecanismo crescente de incitação. As técnicas de poder exercidas sobre o sexo não obedeceram a um princípio de seleção rigorosa, mas sim ao princípio de disseminação das sexualidades polimorfos, obstinou-se a construir uma ciência da sexualidade. A partir do momento em que o sexo entra para a esfera discursiva, ele passa a ser controlado através do discurso. Tal regulação da sexualidade, permitiu o exercício do controle sobre este âmbito da vida. Assim, as questões que envolvem a sexualidade saem do contexto familiar e privado, da perspectiva do regime vitoriano do século XVI, em que o sexo estava restrito ao “quarto dos pais”, para figurar como uma “[...] sexualidade contida, muda, hipócrita” (p. 09). Parte-se, então, da análise da formação de certo tipo de saber sobre o sexo, não em termos de repressão ou lei, mas em termos de poder. Desse modo, o ponto essencial para discussões que envolvem a sexualidade não é tanto saber o que dizer ao sexo, sim ou não, formular permissões ou interdições, afirmar sua importância ou negar os seus efeitos, policiar ou não as palavras empregadas para designá-lo; mas, sobretudo, considerar o fato de se falar de sexo, quem fala, os lugares e os pontos de vista de que se fala, as instituições que incitam a fazê-lo, que armazenam e difundem o que dele se diz (Foucault, 2009c).

Por isso, cabe ressaltar que o ponto de partida de toda análise em Foucault não é o indivíduo, conforme já foi apontado na introdução desta dissertação; o indivíduo é apenas efeito, produto de uma lógica que é estrategicamente imposta, por meio de

dispositivos de produção de verdades. Ao pensar em atualização de práticas preventivas para o enfrentamento do HIV/aids, deve-se, portanto, investigar que mecanismos de poder/saber funcionam como dispositivos que aprisionam e regulam não apenas a sexualidade, mas o modo como os indivíduos irão se posicionar frente à epidemia.

I.III - As campanhas de prevenção ao HIV/aids no Brasil e seus dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde.

A análise dos enunciados que compõem as campanhas de prevenção à aids do Ministério da Saúde do Brasil, objetivo geral deste estudo, requer, primeiramente, uma revisão teórica acerca dos principais aspectos da construção da relação entre as políticas públicas de prevenção ao HIV/aids, anteriormente discutidas, e as estratégias de comunicação designadas para a disseminação das informações governamentais acerca da prevenção da epidemia, tais como as campanhas. Considerando, desta forma, que as campanhas governamentais são traduções das políticas públicas de prevenção para a população. Pode-se pensar, com Araújo e Cardoso (2007, p. 21), que se as

[...] políticas públicas só se constituem efetivamente como tal quando saem do papel, circulam (adquirem visibilidade, portanto existência) e são apropriadas (convertidas em saberes e práticas) pela população a que se destinam, temos que considerar que a comunicação é inseparável desse processo [...].

Com a epidemia da aids isso não foi diferente. Entretanto, é peculiar a forma como a aids foi evidenciada pela mídia, antes mesmo das respostas políticas oficiais à epidemia serem estruturadas, para que, então, as notícias pudessem ser veiculadas através dos meios de comunicação. Por isso, é fundamental contextualizar como as verdades acerca do HIV/aids foram - e, por consequência, ainda são - enunciadas, desde a incidência dos primeiros casos, e quais teriam sido as repercussões dessas notícias para a construção dos saberes sobre a epidemia. Desse modo, este capítulo teórico será finalizado com uma discussão sobre a estreita relação entre aids e mídia; em seguida será abordada a comunicação em sua relação estruturante com a saúde; e por fim, será

explicitada parte da trajetória das campanhas de prevenção à propagação do HIV/aids do Ministério da Saúde do Brasil.

Aids e mídia

Segundo Spink et al. (2001), o HIV/aids foi amplamente difundido em todo o mundo através dos meios de comunicação de massa, e, a partir disso, foi construído um novo fenômeno social que os autores denominaram “AIDS-notícia”. Assim, conforme afirmam Câmara e Lima (2000), pode-se dizer que a visibilidade da aids no Brasil e no mundo, desde a incidência dos primeiros casos no final da década de 1970 e início da década de 1980, ocorreu através da mídia, antes mesmo de sua importância epidêmica. A mídia, inicialmente, começou a descrevê-la como a “peste gay”, tal como definida nos Estados Unidos. Mais do que isso, conforme já investigado em uma pesquisa de mestrado¹⁷ anterior a essa, houve uma completa invisibilização de outros segmentos populacionais vulneráveis à infecção pelo HIV, por via sexual, como as mulheres, por exemplo. Ainda neste sentido, Parker e Galvão (1996) afirmam que, no princípio da doença, a mídia em geral se absteve do debate acerca da infecção do vírus pelas mulheres, chegando até mesmo, em determinados momentos, a distorcer informações sobre a forma de transmissão do HIV junto a esse segmento da população.

Galvão (2000), ao examinar o período compreendido entre os anos 1981 e 1984, afirma ser possível observar a forma como a epidemia chegou ao Brasil - não através de casos de pessoas infectadas pelo vírus, mas sim pelo relato da doença por meio da mídia. Ainda de acordo com a autora (2002), o Jornal do Brasil apresentou, em março de 1981, “uma das primeiras matérias sobre AIDS publicada no país” cujo título retratava a concepção geral sobre a doença no início da década de 80: “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA”. Em 1982 teriam ocorrido os primeiros casos de aids no Brasil, conforme noticiado pela mídia impressa, em 1983¹⁸. A aids ganha as páginas dos jornais.

Assim, no Brasil, tal como em outros países, a mídia tornou pública uma doença, até então desconhecida, através de informações provenientes das agências norte-americanas de notícias. Isso possibilitou que o modo como a aids foi apontada

¹⁷ (Gonçalves, 2002).

¹⁸ (Jornal do Brasil, 1983a; 1983b).

nos Estados Unidos exercesse grande influência no noticiário brasileiro e, conseqüentemente, no “imaginário social” a ela relacionado. Entretanto, no Brasil, ao contrário dos Estados Unidos, a aids se torna conhecida e popular antes que os primeiros casos fossem oficialmente notificados e que serviços de saúde fossem criados e/ou redirecionados para enfrentar aquela nova situação. Desse modo, pode-se dizer que a mídia, nos anos iniciais da epidemia, foi uma das instâncias responsáveis pela formulação de certo tipo de resposta da sociedade civil brasileira, antes mesmo da disponibilização de uma literatura médica sobre a doença, de iniciativas governamentais e não-governamentais e da confirmação de casos de pessoas oficialmente identificadas como doentes. Neste momento, a mídia serviu como o principal, e quase exclusivo, meio de informação, em escala nacional, sobre a epidemia. Por isso, pode-se ressaltar que, na história social da aids no Brasil, ainda não foi dada a devida relevância à participação da mídia, como uma importante resposta da sociedade civil que se antecipou à participação de outros setores (Galvão, 2000).

Desse modo, destaca-se o quanto as conquistas tecnológicas, dentre as quais pode-se pensar a mídia, foram facilitadores de mecanismos locais, nacionais, globais de elaboração, apropriação e disseminação de conhecimentos relacionados à aids. Boa parte das redes de trabalho relacionadas ao enfrentamento da epidemia foi conseqüência, quase direta, destes avanços tecnológicos, que também repercutiram em outros deslocamentos, ocasionando a disseminação não só de um vírus, mas de informação e conhecimento. Apenas por volta de 1985, que a aids é apropriada por distintos setores da sociedade, o que acaba por gerar campos de disputa, que vão desde o conhecimento médico-científico e análises sócio-econômicas à pesquisas comportamentais. Entretanto, não há dúvida de que, ao longo da história da epidemia, a mídia continua sendo de grande importância no conjunto de respostas oferecidas pela sociedade brasileira (Galvão, 2000).

Por outro lado, a propagação da denominada “peste gay”, pela mídia, ganha uma conotação de marginalização, recriando amarras para os indivíduos e para o movimento organizado. Além de ser procurada nos homossexuais, conforme evidências dos primeiros casos americanos, a aids logo foi associada a doença de classe média ou média alta. Contudo, rapidamente surgem várias matérias sobre a ausência de controle dos bancos de sangue e os inúmeros casos de hemofílicos infectados pelo HIV, posteriormente suplantados em números absolutos pela transmissão via uso de drogas

injetáveis. Assim, a idéia estereotipada da epidemia retardou a constatação e a evidência de outras formas de transmissão do vírus, como o caso da transmissão sanguínea. A ausência de controle de sangue no Brasil evidenciou a vulnerabilidade da população mais pobre que, ainda hoje, inegavelmente, apresenta forte relação com a doença (Câmara & Lima, 2000). A mídia apresentava, então, um vírus que, além de ter preferências sexuais, também considerava a classe social (Galvão, 2000). Nesta linha de estudos em relação à aids na mídia brasileira, uma pesquisa¹⁹ que realizou a análise de matérias publicadas em quatro jornais de maior tiragem nacional, no período de junho a dezembro de 1996, apontou o impacto das transformações nos contornos da epidemia em meados da década de 90, assim como na dinâmica da comunicação, à luz do desenvolvimento da mídia eletrônica.

É importante ressaltar que as pessoas atingidas pelos efeitos sociais da epidemia não são apenas as pessoas soropositivas, mas também aquelas que as rodeiam. Portanto, é necessário compreender, de maneira ampliada, que a identidade subjetiva é produzida a partir da apreensão dos elementos simbólicos gerados em torno da aids e das relações hierarquizadas nas quais estas pessoas estão envolvidas, nos mais diversos níveis. Desde o início da epidemia, o simbolismo em torno da aids é concretizado nas reações marcadas pelos preconceitos e pelas discriminações, que agravam ainda mais a situação, na medida em que interferem na percepção individual do risco e, conseqüentemente, nas práticas preventivas e nas condições de tratamento. O medo é um sentimento que está presente desde o início e que gera reações contra as pessoas vivendo com HIV/aids. Tais reações são decorrentes da inexistência de informações, como também de equívocos e contradições, que acabam por gerar incertezas e inseguranças (Câmara & Lima, 2000).

A produção jornalística e midiática tem permitido o acúmulo de informações acerca da epidemia, não apenas em seus elementos preconceituosos, mas, sobretudo, no que se refere às transformações epidemiológicas do curso da aids no Brasil. Um texto clássico de Regina Helena Simões Barbosa, publicado no início da década de 90 na Revista Estudos Feministas, destaca o lugar da imprensa na construção do panorama de mudanças no contexto de vulnerabilidades dos diferentes segmentos populacionais em relação à aids. Nas palavras da autora:

¹⁹ (Spink, et al., 2001).

Em julho de 1992, durante a realização da VIII Conferência Internacional de AIDS, em Amsterdã, a Imprensa Nacional e Internacional estampou manchetes diárias alertando o mundo para o perigo que as mulheres estavam correndo de se infectarem com o HIV ("HIV afeta mais as mulheres, alerta OMS", Folha de S. Paulo, 20/07/92; "Estudo sobre AIDS define ameaça à mulher", Jornal do Brasil, 19/07/92). O que houve com a epidemia que, no início dos anos 80, ao serem diagnosticados os primeiros casos da doença, foi chamada de "peste gay"? Que caminhos - reais e imaginários - ela percorreu para, agora, pouco mais de uma década depois, ser anunciada como uma nova ameaça às mulheres? (Barbosa, 1993, p. 419)

A mídia, em suas diferentes dimensões, funciona como dispositivo de produção de verdades acerca da aids e de alcance junto ao público-alvo dos programas governamentais de prevenção. Por isso, desde o início da epidemia do HIV/aids, a disseminação de informações, na imprensa e na mídia em geral, sobre as formas de prevenção tem sido uma importante estratégia adotada no Brasil (Brasil, 2009). Mas, vale lembrar que a produção de sentidos desencadeada por dispositivos midiáticos, à luz de uma reflexão foucauldiana, deve ser entendida enquanto efeito da confluência de diferentes vetores de força, dentre os quais pode-se destacar os significados múltiplos e variados de repertórios disponíveis nas campanhas de prevenção ao longo do tempo e em cada momento histórico específico, as estratégias de biopoder e governamentalidade que os localizam no âmbito da linguagem social própria das diferentes arenas de saber-poder, e por fim, mas não menos importante, o contexto das campanhas e de sua veiculação nas mídias.

Comunicação e saúde: dispositivos contemporâneos de controle da epidemia

Neste estudo, ao articular dois campos de saber – comunicação e saúde – compartilha-se com Araújo e Cardoso (2007, p. 20) as seguintes concepções:

O campo da 'comunicação e saúde' [...] é constituído pelos elementos de cada campo separadamente – da comunicação e da saúde –, porém, na sua interface. Não é uma perspectiva que vê a comunicação como um conjunto de instrumentos a serviço dos objetos da saúde. As formas 'comunicação em saúde', 'comunicação para a saúde',

comunicação na saúde’, bastante utilizadas, refletem em geral a visão instrumental de comunicação, mais corrente nas instituições de saúde. Falar em comunicação ‘e’ saúde aponta para uma distinção e uma opção teórica e política.

Aqui, em conformidade com as autoras, pretende-se compreender os processos sociais de produção dos sentidos que afetam diretamente o campo da saúde. Segundo Vasconcellos-Silva et al. (2010), no artigo *As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde*, de modo geral, existem sinais notórios de crescente influência das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nas questões da saúde. O consumo de informações sobre saúde, principalmente através da Internet, influenciaria, inclusive, na tomada de decisões capitais dos usuários neste campo. Essas tecnologias vêm alcançando uma faixa cada vez maior de atividades do governo, empresas e organizações independentes, o que se reflete na disseminação dos sites sobre saúde direcionados à população leiga.

Dessa forma, as mídias de massa revigoram, cotidianamente, a lógica da auto-responsabilização em saúde, na crença de que, pelas vias do consumismo, o somatório de saúdes individuais se prestaria à promoção de uma sociedade sadia (Marcondes, 2004 citado por Vasconcellos-Silva et al. 2010): a saúde situada como um bem de consumo coletivo. Assim, os indivíduos em suas práticas de auto-cuidado submetem-se a artefatos, prescrições e interdições, através dos quais conseguem se ver e se identificar; embora apenas na condição de meros consumidores (Vasconcellos-Silva et al. 2010), visto que não o fazem com crítica, apenas seguem uma lógica de controle que é imposta: é o que Downie (2008 citado por Vasconcellos-Silva et al. 2010) aponta como a substituição do princípio da autonomia pelo apelo ao consumismo, que acaba por deslocar o *locus* de responsabilidade das ações em saúde para o consumidor. Contudo, Vaz (2009) questiona se o papel da mídia seria somente alertar o indivíduo para as consequências danosas do descontrole e denunciar a incompetência do Estado. Segundo esta lógica, quanto mais os indivíduos se pensam incapazes de agir politicamente para transformar as condições sociais, mais é frisado o que é suposto depender de suas escolhas.

Assim, o fenômeno da “mercadorização” do cuidar-de-si se dá sob o imperativo da auto-responsabilização em saúde. A saúde passa a ser consumida como vitalidade decomposta em artefatos comercializados, no contexto da prevenção da aids

representados pelos preservativos, por exemplo, em razão de uma nova bioeconomia - não mais ligada à idéia de emulação e posse, mas sim à novas formas de perceber-se e cuidar-se perante múltiplos riscos e novas definições do que é ser humano (Vasconcellos-Silva et al., 2010).

No caso do HIV/aids, percebe-se a mídia como um dispositivo de enunciação de verdades acerca da preservação da saúde que, por sua vez, são designadas como pauta de políticas públicas de enfrentamento e de prevenção. Esse poder encarnado pela mídia, enquanto rede produtiva que atravessa todo o corpo social, produz formas de saber, ou seja, discursos sobre a epidemia. Nesta medida, Salgado (2009) ressalta que a mídia, por meio de uma pauta prescritiva, constitui-se como um veículo de perpetuação e exacerbação do controle dos corpos e da gestão da vida, como a arena deliberativa de formação da opinião pública ou de operacionalização “normativa” de idéias, uma vez que presta-se a referendar, em parte, o controle social e os regimes de verificação. A invisibilidade do discurso da mídia no controle social, entretanto, assume, segundo o autor, ares de pastoral sobre os comportamentos e, apoiada em uma racionalidade com pendões supostamente normativos, obtém eficácia real e simbólica sobre os micropoderes, como aqueles que incidem sobre a vida e sobre o corpo, portanto, um biopoder e uma biopolítica.

Na perspectiva da epidemia da aids, percebe-se, assim, a construção de uma lógica de manutenção da vida, através do controle do indivíduo sobre o próprio corpo, seus desejos e sua sexualidade. Contudo, Vaz (2009) alerta que esse modo de presença da medicina na mídia traz dois problemas adicionais para a saúde pública: realçar o que está ao alcance da ação dos indivíduos simplifica a causalidade dos problemas e reduz a capacidade de lidar com eles; além disso, ao se colocar o advento de uma doença como consequência da opção pelo prazer sem moderação, e essa conotação é bem representativa do estigma atribuído às pessoas vivendo com HIV/aids, as notícias sobre fatores de risco parecem ser regras morais, pois identificam sofrimento a castigo. Assim, a forma moral pode ser iatrogênica, tornando-se sedutor contrariar a “regra”. Mas, partindo desta lógica, o autor questiona por que, apesar da informação, os indivíduos nem sempre alteram seus estilos de vida conforme o recomendado? Justamente pelo fato da mudança representar um convite à moderação, a ser adotada quando se está diante de uma oportunidade de prazer:

Embora as propostas de moderação se dêem como promessa de multiplicação dos prazeres pela ampliação do tempo de vida, por que trocar o certo pelo incerto, o prazer imediato pelo diferido? Não é por falta de informação que os indivíduos acabam por não se cuidar tanto, mas porque a incerteza da recompensa torna razoável “ceder às tentações” e porque “gozar agora e pagar depois” não só é a mensagem de propagandas de cartões de crédito, mas lema maior de culturas hedonistas (Vaz, 2009).

Campanhas de prevenção à propagação do HIV/aids no Brasil

Segundo Pascual (2008), desde a incidência dos primeiros casos de aids, muitas foram as campanhas realizadas para informar a sociedade sobre a nova epidemia. A partir disso, houve importantes avanços científicos em relação ao HIV, principalmente no que se refere às políticas públicas de prevenção e ao tratamento, de maneira que a morte, a que estavam inevitavelmente destinados os portadores do HIV/aids, tem se transformado na possibilidade de uma vida relativamente normal e com qualidade. Neste sentido, Araújo e Cardoso (2007) afirmam que a natureza e a qualidade da comunicação são determinantes da possibilidade de sucesso de uma política pública. Por isso, a relação entre esses dois campos está para além da dimensão operacional. O estreitamento entre comunicação e políticas públicas de saúde teve início quando o Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920, incluiu a propaganda e a educação sanitária como estratégia para fazer face às questões da saúde, principalmente as epidemias, no sentido de favorecer a adoção de medidas higiênicas pela população. O componente educativo, portanto, passou a ter grande relevância na correção de hábitos prejudiciais de alguns indivíduos. Assim, segundo as autoras, o binômio educação e comunicação, esta ainda pensada como propaganda, teria como compromisso garantir o sucesso das políticas públicas em saúde, fenômeno que, em certa medida, se estendeu até os dias de hoje.

Para o Ministério da Saúde, as estratégias de comunicação no Brasil são importantes para que o tema da aids esteja sempre em pauta na mídia e na sociedade. São realizadas duas campanhas de massa²⁰ ao ano, além de ações de mobilização e

²⁰ “A expressão “massa” deriva do fato de que as mensagens transmitidas pelas indústrias das mídias são, geralmente, acessíveis a audiências relativamente amplas. [...] as mensagens transmitidas pelas indústrias da mídia são recebidas por pessoas específicas, situadas em contextos sócio-históricos específicos. Essas pessoas vêem as mensagens dos meios com graus diferenciados de concentração, interpretem-nas

marketing social, coordenadas por uma acessoria de imprensa que garante esse espaço na mídia. O setor encarregado das estratégias de comunicação no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais atua em quatro áreas: imprensa, responsável pela interface com jornais, rádios e sistema televisivo, acessoria a jornalistas que pesquisam sobre o tema; edição, que coordena o processo de publicação dos materiais impressos, tais como cartilhas, livros e revistas, assim como vídeos educativos; publicidade, encarregada da articulação junto a agências de publicidade, sociedade civil e governo federal para a elaboração de campanhas de massa e ações direcionadas relacionadas às DST/aids; e, por último, a área de gestão da página do Departamento na internet, que reúne e dissemina a produção técnico-científica, informações ao público e ações ligadas às DST/aids (Brasil, 2010a).

Comumente, para decidir quais serão as estratégias empregadas em cada campanha, são criados comitês, tal como ocorreu numa campanha de grande visibilidade como “VISTA-SE”, lançada em 2005. Desta comissão geralmente participam representantes do governo, de organizações da sociedade civil e de agências internacionais. Diversas versões para a campanha em questão são previamente testadas antes do lançamento oficial, de modo a verificar sua eficácia junto à população-alvo a que se destina (Brasil, 2005a). Ao longo dos 30 anos de epidemia, o Brasil foi um dos primeiros países do mundo a deixar de associar a aids à morte em suas campanhas. Pelo contrário, a comunicação sobre a aids no país passou a privilegiar o respeito aos direitos humanos, a informação, a valorização da auto-estima e o incentivo ao uso do preservativo (Brasil, 2010b). A disseminação das informações sobre as formas de transmissão e de prevenção do HIV também sempre foi uma estratégia importante adotada no Brasil. Por isso, o conhecimento acerca da epidemia tem crescido consideravelmente no país (Brasil, 2009). Entretanto, tal crescimento implica um esforço para que os materiais educativos expressem a linguagem de distintos grupos/pessoas, já que muitos conhecem a doença mas não se sentem tocados pelas informações divulgadas sobre ela (Galvão, 2000). Por isso, Ayres (2010) acrescenta que não basta apenas desenvolver tecnologias, é fundamental também criar formas de avaliá-las. Esse seria um desafio para os grandes centros produtores de conhecimento,

ativamente e dão-lhes sentido subjetivo, relacionando-as a outros aspectos de suas vidas. Ao invés de ver essas pessoas como parte de uma massa inerte e indiferenciada, gostaríamos de deixar aberta a possibilidade de que a recepção das mensagens desses meios possa ser um processo ativo, inerentemente crítico e socialmente diferenciado”. (Thompson, 2009, p. 287-288).

assim como para as unidades do governo responsáveis pela produção e aplicação das políticas de prevenção. Em se tratando da inserção da comunicação no contexto da saúde, deve pautar-se, concordando com Araújo e Cardoso (2007), na renovação do pensamento e da prática da comunicação na saúde, na tentativa de, através desta inserção, podermos ser agentes transformadores de diferentes realidades.

Em mais de 20 campanhas de massa sobre aids, muitos avanços podem ser constatados na sociedade, podendo ser atribuídos também à comunicação. Contudo, as temáticas que envolvem viver com o HIV e a prevenção da epidemia, apesar dos avanços, ainda são um tabu. Por isso, existem comunicações específicas para populações vulneráveis, como travestis, transexuais, homens que fazem sexo com homens, prostitutas, públicos que ainda sofrem preconceito dos veículos de comunicação em massa (Brasil, 2010a). É importante, portanto, que a informação seja contextualizada e dotada de significados culturais e subjetivos para que a prevenção seja efetivamente incorporada à vida cotidiana da população (Brasil, 2009).

Considerando que o aprendizado da prevenção não é um simples depósito de informações, mas, pelo contrário, um processo dialógico e dialético de construção coletiva (Brasil, 2010a), e que a política brasileira de enfrentamento à aids integra prevenção, assistência e promoção dos direitos humanos, torna-se evidente a relevância social e científica de pesquisar a forma como a comunicação está inserida no contexto da epidemia, sobretudo no que concerne às ferramentas de prevenção, tal como as campanhas. Neste sentido, é fundamental problematizar como as questões sobre a aids foram veiculadas como notícia, num dado momento histórico, e, posteriormente, passaram a ser pautadas pela mídia, dispositivo que (re)produz verdades sobre a epidemia. Entende-se, portanto, que a análise dos enunciados das campanhas do Ministério da Saúde possibilita mapear repertórios disponibilizados à população, que dão o sentido à prevenção ao HIV/aids no contexto da saúde pública brasileira de prevenção à epidemia.

CAPÍTULO II – MÉTODO

Considerando-se a trajetória da pesquisadora no universo descrito na introdução, foram aqui traçados os procedimentos de coleta de dados e de análise das informações necessárias para o estudo. O delineamento metodológico utilizado foi o da pesquisa documental - método de investigação que consiste na organização e no tratamento de dados recolhidos em vários tipos de documentos. Caracteriza um documento qualquer registro escrito que possa ser usado como fonte de informação (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998).

Faz parte desta perspectiva metodológica, a reconstituição do contexto social e histórico aos quais se referem tais documentos. Por isso, ao longo da pesquisa foram relacionados o campo das políticas públicas de prevenção ao HIV/aids no Brasil, a estruturação das respostas governamentais, lembrando que não era objetivo deste estudo trabalhar propriamente com nenhum documento oficial destas políticas. Além disso, foi importante o resgate das enunciações da aids através da mídia, desde a incidência da epidemia, sobretudo, a partir das primeiras campanhas de prevenção e combate à propagação do vírus lançadas pelo Ministério da Saúde.

Esta reconstituição da construção histórica e social da aids, do campo enunciativo das respostas governamentais e sua articulação com o dispositivo midiático, aqui materializado nas campanhas, permitiu compreender elementos da realidade da saúde pública brasileira como o principal cenário dentro do qual se desenvolveram as idéias e práticas preventivas a respeito da aids e, por consequência, as campanhas.

Assim, o uso de material midiático acerca da prevenção ao HIV/aids, sobretudo o material fruto de campanhas do Ministério da Saúde, tratando-o como documento, é legítimo e relevante, uma vez que tratam-se de produtos fabricados pelos jogos de força e por relações de poder constituídos por diferentes discursos que não apenas o da saúde. Assim, a mídia, como um dispositivo de fabricação de verdades, é um privilegiado lugar de circulação desses discursos, que incidem na construção de identidades, no estabelecimento de modos de vida à população e nos processos de subjetivação na contemporaneidade.

Define-se por dispositivo, segundo Deleuze (1990), o conjunto multilinear de forças, não homogêneo, não delimitado, que segue diferentes direções e que sempre forma processos em desequilíbrio. Seus objetos visíveis - as enunciações formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição - são como vetores ou

tensores do dispositivo. Desmaranhar as linhas de um dispositivo seria como cartografar, percorrer por terras desconhecidas, instalar-se sobre suas próprias linhas, que não se contentam apenas em compor um dispositivo, mas atravessam-no.

Ainda segundo o autor, os dispositivos são como “máquinas de fazer ver e de fazer falar”, contudo, a visibilidade do dispositivo não se refere à luz em geral que ilumina objetos pré-existentis: é composta por linhas de luz que formam figuras variáveis e inseparáveis deste ou daquele dispositivo. Assim, cada dispositivo tem seu regime de luz - a maneira em que esta cai, se esvai, se difunde ao distribuir o visível e o invisível, ao fazer nascer ou desaparecer o objeto que não existe sem ela.

Foucault (2006) questiona em que medida um dispositivo de poder poderia ser produtor de certo número de enunciados, de discursos e, por conseguinte, de todas as formas de representação que podem, posteriormente, daí decorrer; o autor (2009b) ainda discute como o arranjo do poder pode fazer funcionar afirmações, negações, teorias, em suma, todo um jogo de verdades que emergem da “vontade de saber”. O autor constata que seria através do dispositivo de poder como uma instância produtora da prática discursiva, tal como a função do discurso midiático na atualidade, aqui materializado nas campanhas de prevenção.

Assim, partiu-se do pressuposto de que o discurso da mídia, via campanhas de prevenção, constitui um dispositivo de fabricação de verdades, de veiculação e exercício de poder, que cria enunciados sobre a aids, concepções acerca do posicionamento dos sujeitos frente ao HIV/aids e que, ainda, estabelece mecanismos que preconizam modos de vida frente à epidemia, principalmente no que concerne à sexualidade. Com esta pesquisa pretendeu-se, portanto, analisar como o dispositivo midiático das campanhas se sustenta em determinadas concepções sobre a aids e estabelece mecanismos que acabam por preconizar modos de vivenciar a sexualidade e de gerenciar o corpo, por meio de práticas de cunho preventivo.

Entende-se que os processos de constituição de subjetividades - foco investigativo fundamental da Psicologia - são interpelados por diferentes discursos que, de algum modo, condicionam os sujeitos a responderem e assumirem posições. A partir disso, parece pertinente entender como a mídia contemporânea tece a trama discursiva que compõe as verdades sobre a aids.

Segundo estas perspectivas, a pesquisa com fontes documentais revela-se como um delineamento estratégico para a problemática proposta, muito pertinente ao estudo

em Psicologia Social, sobretudo, aqueles que contemplam como objeto as políticas públicas. Para a Psicologia, o tratamento dos dados a partir desta proposta teórico-metodológica mostra-se importante, na medida em que se apresenta também como uma tentativa de se pensar o lugar que esta ciência tem ocupado na legitimação de estratégias governamentais.

O campo de pesquisa deste estudo ao qual a imersão feita pela pesquisadora permitiu o acesso aos documentos analisados²¹, foi o endereço eletrônico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil²². Os documentos sobre os quais se desdobrou a análise foram especificamente os textos de apresentação - *releases* - de todas as campanhas de prevenção e combate à propagação do HIV/aids, veiculadas no período compreendido entre os anos 1998 a 2010, e alguns produtos midiáticos de campanhas destinadas ao público geral, especificamente alguns cartazes²³, disponíveis em formato digitalizado no site. Estes cartazes foram utilizados como uma fonte de dados complementar aos *releases*, de modo a auxiliar em discussões mais específicas, como será exposto no próximo capítulo.

É importante destacar que os documentos analisados não foram, em nenhum momento, as políticas públicas de prevenção ao HIV/aids propriamente, mas sim os *releases* e alguns cartazes de campanhas de prevenção e combate à propagação do HIV/aids do Ministério da Saúde.

O critério para definir a adequação da fonte de coleta de dados, tendo em vista o tema aids e os diferentes e variados tipos de mídia utilizados para comunicar esse tema à população, foi formulado a partir da constatação de que o Estado, ao ocupar uma posição de exercício de poder na sociedade, constitui-se como uma instância imprescindível a ser analisada no que concerne à fabricação de dispositivos de governamentalidade. Na esfera do Estado, por sua vez, cabe ao Ministério da Saúde,

²¹ Segue anexo a esta dissertação, em uma encadernação própria, o arquivo com as impressões dos documentos originais, fonte das informações analisadas à luz da análise do discurso de orientação foucauldiana.

²² <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISEA386CE6PTBRIE.htm>

²³ A análise realizada concentrou-se inicialmente nos *releases*, cujos conteúdos enunciativos se mostraram bastante densos, exigindo que o número de cartazes fosse reduzido. Pois, caso se mantivesse o intuito de analisar todos os cartazes, corria-se o risco de não concluir a análise no prazo exigido. De qualquer modo, a pesquisa cumpriu seu objetivo, na medida em que estas fontes analisadas contemplam o período total (1998-2010) de veiculação das campanhas, proposto pelo projeto deste estudo, e uma vez que, o *release*, como documento fundamental às assessorias de imprensa, ganha, na contemporaneidade, uma nova configuração, “deixando de apresentar conteúdo simples, com indicativo de uma ação que irá ocorrer, para tornar-se descrição fiel e aprofundada dessas informações oficiais” (Maciel, 2006), ou seja, uma fonte importante de informações para a pesquisa científica.

através de departamento específico, pautar os conteúdos das campanhas de prevenção à aids.

Nesta perspectiva, as produções e deliberações do Estado no âmbito da saúde das populações, em especial as ações relacionadas à prevenção do HIV/aids, tornam-se importantes objetos de análise. Os produtos midiáticos das campanhas encomendadas pelo Ministério da Saúde no contexto da prevenção do HIV/aids, que se pressupõe estarem articulados às políticas públicas em saúde neste âmbito, são atravessados por discursos que enunciam verdades sobre a epidemia, sendo reproduzidos através de diversos dispositivos, dentre os quais a mídia.

Apesar da proposta da pesquisa ter como foco inicial a análise dos enunciados das campanhas de prevenção ao HIV/aids, o estudo abarcou também as campanhas de prevenção às DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e às Hepatites Virais, visto que o próprio Ministério da Saúde articula as temáticas DST, Aids e Hepatites Virais em suas campanhas e, inclusive, na organização do departamento responsável, conforme já explicitado em capítulo teórico desta dissertação, por tratarem-se de doenças sexualmente transmissíveis.

Não foram considerados como fonte de informação para a pesquisa os seguintes documentos: campanhas e qualquer tipo de propaganda e/ou anúncio relacionados à prevenção de DST, aids e hepatites virais que não foram produzidos pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde; ações de prevenção e produtos do Ministério da Saúde que não tiveram circulação nacional e que não foram categorizados como parte das campanhas de massa e ações de impacto; assim como, campanhas e/ou materiais que apresentam algum tipo de apoio, patrocínio e/ou consentimento do Ministério da Saúde, mas que são elaborados por instituições parceiras como ONGs e Casas de Apoio.

A forma de acesso aos produtos das campanhas de prevenção foi realizada exclusivamente através do site do Ministério da Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, sendo todos os documentos de domínio público. O endereço eletrônico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – “Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais” do Ministério da Saúde apresenta uma página inicial²⁴, na qual encontram-se vários ícones à esquerda, dentre os quais “DST e

²⁴ <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISEA386CE6PTBRIE.htm>

aids na mídia”. Ao clicar neste ícone²⁵, encontra-se a opção “Campanhas”. Ao escolher esta alternativa²⁶, pode-se visualizar um texto introdutório intitulado “Campanhas de massa e ações de impacto” e um total de 44 ícones de campanhas, distribuídos em 5 páginas²⁷.

Estes ícones das campanhas são compostos por uma figura ilustrativa, pelo nome da campanha e por uma descrição da mesma. Cada campanha se encontra numa página específica²⁸. Ao entrar em cada uma dessas páginas é possível observar uma imagem, o nome da campanha, um texto curto (“chamada”, em jornalismo), um *release* e o material da campanha.

No site as campanhas estavam organizadas em ordem decrescente de produção, ou seja, a exposição iniciava-se pela última campanha lançada em 2010 até chegar à primeira, que data de 1998. Foram encontradas tanto campanhas de massa, destinadas a toda população, como também campanhas para grupos específicos, dirigidas a um público-alvo mais delimitado, como, por exemplo, usuários de drogas injetáveis (1998), jovens (1998/1999/2003/2007/2008/2010), pessoas vivendo com HIV/ aids (1999/2006/2009), caminhoneiros (2000), travestis (2001), profissionais do sexo (2001/2002), homens que fazem sexo com homens (2002), gays (2008), mulheres (1999/2008/2010), gestantes (2004/2009), população negra (2005), homens com mais de 50 anos (2008), mulheres com mais de 50 anos (2009) e homens (2000/2009).

Todas as campanhas do período estudado podem ser detalhadamente pesquisadas, de maneira que é possível visualizar os produtos que foram confeccionados, uma vez que se encontram digitalizados. Tais produtos consistem, em sua maioria, de cartazes, cartilhas, folders, folhetos, adesivos, banners, outdoors, camisetas, vídeos, spots, dentre outros²⁹, que foram veiculados e distribuídos pelo Ministério da Saúde, principalmente, para toda a rede de atenção à saúde do SUS e

²⁵ <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS76BAB413PTBRIE.htm>

²⁶ <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS7FA9F211ITEMID06720F02048445AB82D2DB390EFDE60DPTBRIE.htm>

²⁷ <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS7FA9F211PTBRIE.htm>

<http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS7FA9F211EZTSTARTAT10PTBRIE.htm>

<http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS7FA9F211EZTSTARTAT20PTBRIE.htm>

<http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS7FA9F211EZTSTARTAT30PTBRIE.htm>

<http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS7FA9F211EZTSTARTAT40PTBRIE.htm>

²⁸ Todas as páginas de acesso às campanhas pesquisadas encontram-se nos anexos no “quadro de descrição dos endereços eletrônicos das fontes consultadas”.

²⁹ Os demais produtos disponibilizados em cada campanha pesquisada podem ser visualizados no “quadro de especificação do arquivo” – anexo 2.

disponibilizados para a reprodução pelos estados e municípios. Podem ser divididos em mídias impressas e áudios-visuais.

Alguns produtos, entretanto, referentes às primeiras campanhas, lançadas entre os anos 1998 a 2002, apesar de serem mencionados na descrição do “material da campanha”, após os *releases*, não estão disponibilizados no site³⁰. Por este motivo, desde o início da pesquisa, optou-se por trabalhar e analisar apenas os produtos disponíveis no site, ou seja, aqueles produtos que estão acessíveis ao público em geral.

Do total de 44 campanhas, 20 eram direcionadas à população geral ou a público-alvo não especificado, e as demais, 24 campanhas, eram direcionadas a públicos específicos³¹. Todo material disponível das campanhas, inclusive os produtos disponíveis para *download*, foi mapeado e coletado integralmente no site do Ministério da Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, e arquivado separadamente por campanha e nomeado da mesma forma como se encontra no endereço eletrônico.

Num primeiro momento do estudo, pensou-se a possibilidade de analisar apenas os produtos das campanhas lançadas em 2009 e 2010, de modo a pesquisar somente enunciados mais recentes sobre a prevenção da aids. Neste sentido, foi solicitado à assessoria de comunicação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais no dia 14/07/2010 o envio de todos os produtos dessas campanhas, sem obtenção de nenhuma resposta. Posteriormente, percebeu-se a importância de uma análise mais ampliada, que oferecesse condições de acompanhar toda a trajetória enunciativa das campanhas. Foi estabelecido novo contato com esta assessoria de comunicação no dia 25/08/10, solicitando o envio de todos os produtos disponíveis das campanhas desenvolvidas no período de 1998 à 2010. Neste momento, obteve-se uma resposta favorável ao envio dos materiais, mas os mesmos não foram recebidos pela pesquisadora. Não houve outro contato, pois optou-se por imprimir os materiais necessários em gráfica, em tamanho A4, diretamente das fontes passíveis de *download* no site do Ministério da Saúde.

Durante o período inicial de imersão ao campo documental houve uma mudança do endereço eletrônico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, assim como dos ícones de acesso aos conteúdos específicos das

³⁰ Os produtos desenvolvidos em todas as campanhas pesquisadas, disponíveis ou não para consulta, podem ser visualizados no “quadro de especificação do arquivo” – anexo 2.

³¹ Todos os públicos específicos podem ser visualizados no “quadro de especificação do arquivo” – anexo 2.

campanhas, a partir da reformulação de todo layout e conteúdos do site³². Tais mudanças exigiram da pesquisadora uma reflexão acerca da fonte a ser adotada pelo estudo: o site antigo, no qual já havia sido realizada boa parte da coleta de documentos, ou o novo endereço eletrônico, que apresenta diferenças significativas em todo o seu conteúdo, que se estenderam também à apresentação das campanhas.

Não se pretende aqui fazer uma comparação sistemática entre o conteúdo de um endereço e de outro, mas, apenas a título de exemplo dessas modificações, pode-se citar a inclusão da apresentação em destaque sobre travestis, na página principal do antigo site, como uma das campanhas lançadas em 2010 no site atual; a mudança na ordem de exposição das campanhas; a inclusão da data de lançamento das campanhas (dia, mês e ano) ao lado do nome destas; a alteração dos nomes de algumas campanhas (Dia Mundial 2006 e 2007); a alteração de algumas imagens que ilustram os *releases* (a campanha “Camisinha, um direito seu. Campanha direcionada às mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família”, lançada em 30 de março de 2010, antes exibia a imagem de uma mulher negra, e agora a imagem é de uma mulher branca). Enfim, estas são apenas algumas alterações consideradas importantes, detectadas brevemente através de comparações aleatórias, sem a preocupação de uma análise mais criteriosa, que pode ser objeto de outras investigações.

Por trabalhar com análises discursivas, sabe-se que mudanças como estas não são apenas meras reformulações e modernizações necessárias para aprimorar sistemas e meios de comunicação. Tais alterações referem-se a todo um contexto, no qual devem ser considerados fatores como o momento histórico, as políticas públicas, os direitos humanos, jogos de poder, estratégias de marketing, ano eleitoral, entre outros aspectos que permitam partir para uma análise mais aprofundada. Segundo Foucault (2009c) “em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (p. 8 e 9). A análise do discurso a partir da perspectiva foucauldiana (2009a), entretanto, não se propõe a interpretar ou analisar o sentido do que foi dito, mas sim descrever os modos e as condições de existência do que está dito,

³² O novo endereço eletrônico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde desde 17/07/2010 é <http://www.aids.gov.br/>. Os ícones de acesso às campanhas são “Notícias e mídias” (<http://www.aids.gov.br/pagina/noticias-e-midias>) e “Campanhas” (<http://www.aids.gov.br/pagina/campanhas>). O antigo endereço ainda pode ser acessado.

as posições que o sujeito ocupa nos acontecimentos discursivos, entender que existência singular é esta que aparece naquilo que foi dito e em nenhuma outra parte, que enuncia algo e não outra coisa.

A análise do campo discursivo [...] trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. Não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar por que não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionados a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar (Foucault, 2009a, p. 31).

Assim, alterações no *website* do Ministério da Saúde são bastante significativas e poderiam ser objeto de análise. Entretanto, tal empreendimento se desdobraria em outro estudo, de ampla envergadura, ao qual a presente pesquisa não se lançou, menos por falta de relevância social ou científica, e mais visto que se desviaria do objetivo geral da presente pesquisa. Optou-se então apenas por mencionar a relevância de tais mudanças e prosseguir com o foco no objetivo geral de analisar os enunciados que compõem as campanhas de prevenção à aids do Ministério da Saúde do Brasil, problematizando-as como dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde, utilizando-se da fonte inicial de coleta de dados, o antigo endereço eletrônico e o arquivo organizado a partir desta imersão ao campo.

Diante da quantidade e diversidade das campanhas, destinadas tanto à população geral quanto a públicos específicos, e da natureza dos produtos midiáticos – de mídia impressa (como cartazes, folders, cartilhas, folhetos) a filmes para TV, spots para rádio, outdoors – foi solicitado aos professores que compuseram a banca de qualificação do projeto desta pesquisa sugestões para uma melhor definição dos objetos de análise a serem abarcados pelo estudo. A banca examinadora sugeriu que fossem analisadas as campanhas dirigidas a população em geral, uma vez que trabalhar com campanhas direcionadas a grupos específicos exigiria um aprofundamento em muitas realidades e diretrizes políticas distintas, o que talvez despenderia muito mais tempo do que o estimado para a elaboração desta dissertação. Além disso, a opção de eleger apenas um público alvo específico também poderia trazer outro problema, que seria o número limitado de campanhas para uma análise consistente.

Como a proposta deste estudo se pauta na crítica foucauldiana aos jogos de poder, à governamentalidade dos corpos, que ocorrem por meio da biopolítica e do biopoder, e isso se aplica a toda população, decidiu-se pela análise das campanhas dirigidas ao público geral, considerando que tais dispositivos midiáticos propagam noções gerais acerca da aids, dos modos de prevenção, que, a princípio, serviriam a todos os brasileiros e a todas as brasileiras, independente da opção sexual, das vulnerabilidades e de estatísticas.

Contudo, partindo da perspectiva de análise apenas das campanhas direcionadas à população em geral ainda encontrou-se um problema adicional que era a diversidade da natureza e a quantidade de mídias disponíveis nestas campanhas. Optou-se, então, por montar um quadro de visualização de todas as 44 campanhas, de modo a destacar o público-alvo, as mídias disponibilizadas e suas quantidades. Nesse sentido, foi realizada uma primeira especificação do arquivo³³, contendo a ordenação das campanhas (dispostas em ordem decrescente, conforme expostas no site), o ano de lançamento, o nome da campanha, o público-alvo e os tipos e as quantidades das mídias desenvolvidas. Isto permitiu, principalmente, observar entre todas as campanhas quais eram os públicos mais frequentes (quando estes públicos não estavam especificados nos *releases*, considerou tratar-se de campanha dirigida à população em geral), bem como as mídias realmente disponíveis para a análise. Assim, foi possível elencar quais seriam as possibilidades de recortes dos objetos para a análise da pesquisa, critérios de inclusão e de exclusão.

Optou-se por analisar os *releases* das 44 campanhas do período pesquisado, visto que, a partir do exame preliminar deste material, constatou-se tratar de ricas fontes de estudo, que poderiam não só favorecer uma compreensão ampliada da trajetória das campanhas, mas também clarear aspectos importantes dos rumos tomados pela política de prevenção do Estado, que só poderiam ser destacados a partir do conhecimento de todo o conjunto, mesmo que em linhas gerais. Assim, a articulação de pelo menos parte das campanhas, através de seus *releases*, poderia viabilizar uma discussão mais abrangente, nem por isso superficial, sem que fosse necessário decompor todos os produtos disponíveis.

Para complementar a análise dos *releases*, decidiu-se também por utilizar como fonte de pesquisa os cartazes disponíveis dentre as 20 campanhas destinadas à

³³ Ver “quadro de especificação do arquivo” – anexo 2.

população geral encontradas, na tentativa de poder voltar o olhar mais especificamente para aqueles enunciados da prevenção que se dirigem à população como um todo. Foram escolhidos cartazes, visto que são produtos de maior visibilidade e, portanto, teriam grande potencial de multiplicação dos enunciados da prevenção, além de ter sido uma das mídias mais encontrada nesta categoria de campanhas. As campanhas voltadas para a população geral ou que não tenham público-alvo especificado que não apresentaram cartazes, não tiveram obrigatoriamente outro produto analisado.

Cabe ressaltar que, em determinados momentos da pesquisa, foi necessário explorar outros produtos³⁴ das campanhas que não estavam previstos de serem analisados. As constatações obtidas a partir desses movimentos foram bastante enriquecedoras e contribuíram para a ampliação e aprofundamento da discussão apresentada.

A dinamicidade do campo de produção de informações por meio das mídias e das tecnologias da informação vinculadas à *internet* é um desafio às tradicionais metodologias de pesquisa em Psicologia Social. Neste sentido, é fundamental a habilidade em trabalhar com ferramentas e procedimentos capazes de acompanhar tal dinamicidade e, ao mesmo tempo, descrever e analisar seus elementos. Isso exigiu da pesquisadora um importante trabalho de aprendizado para lidar com as vicissitudes do universo de pesquisa, pois como afirma Michel Foucault “o mais interessante na vida e no trabalho é o que permite tornar-se algo de diferente do que se era ao início. Se você soubesse ao começar um livro o que se ia dizer no final, você crê que teria coragem de escrevê-lo? Isso que vale para a escrita e para uma relação amorosa, vale também para a vida. O jogo vale a pena na medida em que não se sabe como vai terminar” (Foucault, 2000, p. 142).

Delimitado o recorte dos objetos de análise da pesquisa, foi feita uma categorização do arquivo³⁵, cujo objetivo primordial foi destacar e descrever, nos *releases* de todas as campanhas, os sistemas de formação de enunciados que podemos definir como núcleos de sentido da função enunciativa, mas entendendo-os como unidades diversas em que o sentido não existe em si mesmo. Considerando o discurso como “conjunto de enunciados que se apóia em um mesmo sistema de formação” os fragmentos de texto destacados da materialidade dos *releases* analisados traduzem a funcionalidade “que deu a uma série de signos (não sendo esta forçosamente gramatical nem logicamente estruturada) uma existência, e uma existência específica” (Foucault, 2009a, p. 122-123).

³⁴ Principalmente cartazes, folderes e cartilhas.

³⁵ Ver anexo 3.

Destacaram-se como sistemas de formação de enunciados, nesta etapa da análise: o tema da campanha e/ou slogan utilizado; a motivação ou justificativa para desenvolvê-la; os principais objetivos; o público-alvo a que se destinam e, dentro disso, questões relativas à classe social, ao gênero, à geração, à raça e ao território; os gastos governamentais; as parcerias estabelecidas; as estratégias de prevenção empregadas; a natureza das mídias utilizadas; os sujeitos do discurso da prevenção; caracterização e classificação da doença foco da campanha; dados epidemiológicos e pesquisas científicas mencionados. Cabe ressaltar que todos esses núcleos de sentido destacados não acontecem em todos os *releases*, compondo, assim, um jogo de enunciações que também mereceu ser elucidado.

Para a análise do arquivo, foram coletados na íntegra todos os *releases* das campanhas, sendo estes posteriormente compilados em um único quadro e identificados segundo a campanha de referência. Foi mantida a ordem decrescente de exposição em que este material se encontra no site, ou seja, a exposição inicia-se pelo *release* da “Campanha de combate às Hepatites Virais”, lançada em 2010 e finaliza com o *release* da “Campanha para Usuários de Drogas Injetáveis – UDI”, de 1998. Foi proposta, portanto, uma análise qualitativa do material, realizada a partir da descrição dos sistemas de formação dos enunciados que compõem as campanhas analisadas, tendo como recurso metodológico fundamental a Análise do Discurso, segundo a teoria de Michel Foucault.

Tal perspectiva metodológica pressupõe o trabalho ao nível da descrição dos enunciados, que não corresponde ao realizado pela filosofia analítica ou pela lingüística, tampouco considera enunciado como sinônimo de palavras ou frases, ou compreendido unicamente a partir de relações de ordem gramatical ou de lógica estrutural. Para Michel Foucault, a análise dos enunciados não propõe uma descrição total, exaustiva da “linguagem” ou de “o que foi dito” acerca de determinados objetos e conceitos, de fato, o autor acentua que descrever enunciados significa definir as condições nas quais se realizou a função que atribui sentido a uma série de signos (Foucault, 2009a); sentido produzido por conjunto(s) de enunciados que se apóia(m) em um mesmo sistema de formação, ou seja, produzido por discurso(s). Nas palavras do autor:

A descrição de semelhante sistema não poderia valer por uma descrição direta e imediata dos próprios conceitos [...] Tentamos determinar segundo que esquemas (de seriação, de grupamentos

simultâneos, de modificação linear ou recíproca) os enunciados podem estar ligados uns aos outros em um tipo de discurso [...]; como os elementos recorrentes dos enunciados podem reaparecer, se dissociar, se recompor, ganhar em extensão ou em determinação, ser retomados no interior de novas estruturas lógicas, adquirir, em compensação, novos conteúdos semânticos, constituir entre si organizações parciais [...] Esses esquemas permitem descrever [...] uma dispersão que caracteriza um tipo de discurso e que define, entre os conceitos, formas de dedução, de derivação, de coerência, e também de incompatibilidade, de entrecruzamento, de substituição, de exclusão, de deslocamento, etc. [...] Tal análise refere-se [...] ao campo em que os conceitos podem coexistir e às regras às quais esse campo está submetido (Foucault, 2009a, p. 66).

É por meio desta ferramenta de análise documental que se pode partir inferir que a mídia, materializada nas campanhas de prevenção analisadas na presente dissertação, se constitui como um dispositivo de produção de verdades acerca da aids, produzindo a realidade social da epidemia e traduzindo perspectivas governamentais. Neste sentido, a análise do discurso foucauldiana é um método pertinente a presente investigação, pois seu trabalho consiste em:

fazer revelar as práticas discursivas em sua complexidade e em sua densidade; mostrar que falar é fazer alguma coisa – algo diferente de exprimir o que se pensa, de traduzir o que se sabe, e, também, de colocar em ação as estruturas de uma língua; mostrar que somar um enunciado a uma série preexistente de enunciados é fazer um gesto complicado e custoso que implica condições (e não somente uma situação, um contexto, motivos) e que comporta regras (diferentes de regras lógicas e lingüísticas de construção); mostrar que uma mudança, na ordem do discurso, não supõe “idéias novas”, um pouco de invenção e criatividade, uma mentalidade diferente, mas transformações em uma prática, eventualmente nas que lhe são próximas e em sua articulação comum. (Foucault, 2009a, p. 234)

CAPÍTULO III – ANÁLISE DO DISCURSO DAS CAMPANHAS

Um primeiro olhar analítico dos *releases* das campanhas de combate e prevenção ao HIV/aids do Ministério da Saúde permite destacar alguns pontos de partida para se compreender os jogos discursivos que compõem estes textos. Cabe ressaltar, porém, que ao analisar os *releases* das campanhas lançadas entre os anos 1998 a 2010, o delineamento metodológico deste estudo não teve a preocupação de apresentar uma discussão segundo a sequência do desenvolvimento cronológico deste material, nem de estabelecer comparativos entre as diferentes campanhas ao longo do período pesquisado, ou, ainda, quantificar estratégias midiáticas de prevenção propostas pelo governo federal do Brasil neste intervalo de tempo. Nas palavras de Michel Foucault (2003, p. 255):

[...] o que me interessa, no problema do discurso é o fato de que alguém disse alguma coisa em um dado momento. Não é o sentido que eu busco evidenciar, mas a função que se pode atribuir uma vez que essa coisa foi dita naquele momento. Isto é o que eu chamo de acontecimento.

Assim, a pesquisadora tratou todo o material dos *releases* das campanhas como acontecimentos discursivos, que a análise procurou descrever e problematizar. Vale destacar novamente que, seguindo a perspectiva foucauldiana, compreende-se o discurso como dispersão, e não como unidades prontas e acabadas; mas, isso não impede de analisá-lo em sua constituição. Neste sentido, ao selecionar essas fontes para a proposta investigativa da pesquisa, o objetivo foi, principalmente, ressaltar o atributo produtivo das campanhas, uma vez que funcionam como dispositivos midiáticos em sua capacidade de disseminar discursos e de fabricar verdades sobre temas tão complexos como a aids, a partir da reprodução de saberes no cotidiano.

Uma análise mais geral dos *releases* das campanhas reforça o quanto é importante reconhecer que o dispositivo da aids é histórico e sua substituição se dá justamente com a transformação e a expansão do discurso preventivo: de sua origem epidemiológica na década de 1980 para formas contemporâneas de controle e de normalização do desejo (Pelúcio & Miskolci, 2009). Isto fica muito evidente na

trajetória dos *releases* das campanhas, que apresentam em seus discursos marcas desta transição.

De fato, não parece ter havido mudanças significativas nos propósitos das campanhas ao longo dos anos analisados, no que se refere, por exemplo, ao lugar em que o sujeito das políticas públicas é colocado; mas, constata-se certa sofisticação nas formas como os indivíduos são chamados a se posicionarem na prevenção da epidemia, através de estratégias governamentais adotadas para tanto. Este sim foi o foco da discussão que a problemática desta pesquisa pretendeu apontar.

Dessa forma, a análise que aqui está exposta, destacou algumas questões norteadoras do trabalho analítico, a saber: se as campanhas de prevenção à aids do Ministério da Saúde tratam, sobretudo, da “preservação da vida”, como isso tem sido processado ao longo do tempo? Que perspectivas de prevenção são produzidas e circuladas? Que rumos parecem tomar as estratégias governamentais de prevenção a partir das narrativas midiáticas das campanhas? Que efeitos têm essas ações de prevenção na vida das pessoas? Esta última questão não pode ser respondida à contento nesta investigação, devido ao tempo limitado para se cumprir a pesquisa e os procedimentos metodológicos utilizados. Para responder tal questão seria necessário acessar não apenas as mídias, mas, sobretudo, fontes humanas e institucionais, além de dados epidemiológicos referentes ao impacto dessas campanhas junto à população. Recorte de investigação, portanto, que ultrapassa os objetivos da presente pesquisa. Entretanto, essa questão foi mantida no contexto da exposição desta análise, pois se trata de uma importante inquietação que poderá ser propulsora de pesquisas ulteriores.

Voltando à análise contemplada por esta dissertação, como já apontado na introdução, percebe-se que o discurso preventivo normativo não circunscreve somente à prevenção da aids - pelo contrário, trata-se de um conjunto ampliado de normas, parâmetros e diretrizes em todo o campo da saúde, que pauta condutas para os indivíduos evitarem agravos. Inserido nas políticas públicas de saúde, o discurso preventivo está no marco da “estatização do biológico”, do “biopoder” (Pelúcio & Miskolci, 2009).

Segundo Foucault (2008), o conjunto dos mecanismos pelos quais as características biológicas humanas entram na lógica de uma estratégia política, numa estratégia geral de poder, foi denominado biopoder. Tem-se, a partir disso, uma biopolítica para o gerenciamento das populações e um biopoder para o exercício de

controle dos corpos. O autor (2006) ainda destaca que o essencial em toda relação de poder é que o seu ponto de aplicação é sempre, em última instância, o corpo. Todo poder é físico e há uma ligação direta entre o corpo e o poder político

Aqui vale uma breve imersão reflexiva acerca de como os discursos (da saúde, da prevenção, da medicina, da psicologia, jurídicos, econômicos, etc.) são importantes dispositivos de fabricação da subjetividade nas sociedades contemporâneas, constituídas pelo biopoder. Se, na constituição da subjetividade, a formulação de um ego corporal, de um sentimento de contorno estável, a fixação da fronteira espacial e psicossocial da noção de si e do outro é obtida através de práticas identificatórias, fica evidente a importância da linguagem na constituição das pessoas. Assim, pela repetição dos discursos na vida social, subjetividades e corpos são constituídos, ou como afirma Judith Butler: o ‘eu’, é constituído por essas posições do ‘eu’ e do ‘outro’ no âmbito da linguagem, sendo que tais ‘posições’ não são meros produtos teóricos ou linguísticos, mas “princípios organizadores totalmente embutidos de práticas materiais e arranjos institucionais, aquelas matrizes de poder e discurso que me produzem como um ‘sujeito’ viável” (Butler, 1998, p. 18).

Amparada na leitura e na apropriação que a filósofa faz das formulações de Michel Foucault, a presente análise lança mão das proposições destes autores para esclarecer acerca da inexorável articulação entre linguagem e subjetividade, entre discurso e realidade. Assim a performatividade³⁶ (de gênero, de sexualidade, de raça, de

³⁶ Sobre a proposição de Judith Butler neste sentido, vale concordar com Richard Miskolci e Larissa Pelúcio (2007) “ela demonstrou que a performatividade se baseia na reiteração de normas que são anteriores ao agente, e que sendo permanentemente reiteradas materializam aquilo que nomeiam”. Assim as normas reguladoras são performativas no sentido de reiterarem práticas já reguladas; normas que se materializam nos corpos. Não se trata, portanto, de escolhas de um sujeito racional, mas sim, processos de coibição, ainda que tais processos não se façam sentir como tais. As proposições de Judith Butler de que o corpo está sujeito à inscrição social, leva a autora a desenvolver sua teoria mais importante, a performance de gênero. Esta teoria é fundamental para a Psicologia, pois suas reflexões remetem a problemáticas pertinentes a nossa área de conhecimento, como, por exemplo, à constituição da identidade de gênero na constituição de si (para citar apenas um dos debates, como uma das teorias, a psicanálise). Enfim, as formulações da autora são pertinentes a esta pesquisa, uma vez que, como afirma Carlos Bento “a teoria surge do cruzamento entre a performance e o gênero, e se desenvolve a partir dos postulados de J. L. Austin a respeito da performatividade da linguagem. Embora essa seja a base inicial da teoria de Butler, a performance de gênero surge do cruzamento de uma série de outros trabalhos teóricos, especialmente a leitura que Jacques Derrida faz de Austin, acrescentando aos trabalhos dele as noções de iterabilidade e citacionalidade” (2008, p. 2). Sendo que, por iterabilidade entende-se a capacidade de um discurso de funcionar na ausência de seu “produtor” ou de seu “destinatário”. Refere-se à possibilidade da escrita poder ser repetida invariavelmente, o que a caracteriza como tal (Derrida, 1991, p. 19). Na perspectiva de Jaques Derrida, é a possibilidade de ausência do emissor, do receptor e/ou do referente que constrói a possibilidade da mensagem no próprio instante em que se escreve e de sua repetição em variados contextos. Já a noção de citacionalidade é utilizada por Butler, também a partir de Derrida

geração, de etnia, de classe, de território) não pode ser teorizada separadamente da prática forçosa e reiterativa dos regimes regulatórios (de gênero, de sexualidade, de raça, de geração, de etnia, de classe, de território), regimes de verdade fabricados por diferentes discursos em diferentes contextos e tempos históricos.

Outro ponto importante da teoria da performatividade, que se pode transpor para esta análise no âmbito da Psicologia, é o fato de entender que “a explicação da agência condicionada por aqueles próprios regimes de discurso/poder não pode ser confundida com o voluntarismo ou o individualismo, muito menos com o consumismo, e não pressupõe, de forma alguma, um sujeito que possa escolher” (Butler, 2010). Assim, os regimes de verdade impostos por diferentes discursos, repetidamente, na vida social, atuam para circunscrever e contornar a própria materialidade dos corpos, e essa materialidade (traduzida em hábitos, gestos, condutas, usos ou não de vestimentas, artefatos, tecnologias e objetos) é formada e sustentada como materialização de normas regulatórias que são, em parte, hegemônicas (nas dimensões de gênero, sexual, racial, geracional, étnica, de classe, de território). Neste sentido, uma questão que esta análise destaca, deste referencial teórico, para o estudo aqui proposto, é a constatação da autora de que:

a materialização de normas exige aqueles processos identificatórios pelos quais as normas são assumidas ou apropriadas, e essas identificações precedem e possibilitam a formação de um sujeito, mas não são, estritamente falando, executadas pelo sujeito; [...] será igualmente importante pensar sobre como e para que finalidade os corpos são construídos, assim como será importante pensar sobre como e para que finalidade os corpos não são construídos, e, além disso, perguntar, depois, como os corpos que fracassam em se materializar fornecem o “exterior” — quando não o apoio — necessário, para os corpos que, ao materializar a norma, qualificam-se como corpos que pesam. (Butler, 2010, p. 124)

A teoria do biopoder e da biopolítica constitui-se, assim, como uma das articulações que Michel Foucault desenvolveu sobre o sentido estratégico e político das formas de controle e de dominação sobre o corpo e sobre a vida, para além da conhecida metáfora da produção do corpo dócil e anti-nomádico, preparado para a produção (Salgado, 2009). A partir do século XVIII, essa forma de exercício do poder pode ser observada nas sociedades ocidentais modernas, que voltaram a considerar o fato

(1991), para referir-se à possibilidade que qualquer signo tem de ser citado, independente do contexto no qual foi gerado.

biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana (Foucault, 2008). Por isso, Birman (2006) afirma que a biopolítica é constitutiva da nossa tradição social há pelo menos duzentos anos, sendo a matriz epistêmica e política que delineou todo o processo de *medicalização* do Ocidente, confundindo-se mesmo com a *modernização* deste, iniciada entre o século XVIII e XIX.

Constata-se, segundo Foucault (2008), como parte dessa estratégia política, que os mecanismos disciplinares, presentes no código jurídico-legal, antes mesmo do século XVIII, foram amplamente ativados no espaço social pelo estabelecimento de mecanismos de segurança. Para garantir segurança, por sua vez, foi preciso recorrer a uma série de técnicas de vigilância dos indivíduos, de diagnósticos e de classificações, ou seja, todo um conjunto disciplinar que recaiu sob os mecanismos de segurança para fazê-los funcionar. Enquanto a disciplina se exerce sobre o corpo dos indivíduos, a segurança se exerce sobre o conjunto de uma população. A partir disso, Rose (2000) aponta o quanto as justificativas políticas configuram-se cada vez mais no aumento da pressão sobre as obrigações morais do indivíduo por suas próprias ações, para o seu bem estar e segurança, como também de sua família e da comunidade.

Assim, o esquadramento do espaço urbano por meio de dispositivos sanitários e de suposta segurança, constituiu-se como estratégia na saúde pública. As epidemias representaram o campo privilegiado para a produção, reprodução e diversificação da medicalização do campo social, com o fortalecimento correlato do poder da medicina. As descobertas biológicas, por sua vez, multiplicaram o poder social da medicina, conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam as práticas sanitárias. As descobertas bacteriológicas de Pasteur, sobretudo, acabaram por encerrar qualquer significação diferencial entre os corpos. É o que foi denominado de medicalização do social. Assim, em nome do discurso da ciência, legitimam-se práticas de marginalização de diferentes segmentos sociais (Birman, 2005). Neste sentido, Rose (2000) afirma que é importante entender a micropolítica da prática de controle contemporâneo partindo do exame do modo como estes jogos biológicos de verdade estão sendo construídos.

Tudo isso se relaciona diretamente com a teoria foucauldiana, quando parte-se dos estudos sobre a sociedade disciplinar. Pode-se notar que a estratégia empregada para o exercício do controle dos corpos e da vida na atualidade é um discurso

normalizador que é propagado por diversas instâncias sociais. No setor saúde, por exemplo, essa normalização aparece sob a forma de um processo de gestão do corpo. Desse modo, o controle da saúde assume a forma de controle sobre o corpo, sobre o comportamento, sobre a vida, e estas prescrições atingem a mídia: é disseminada uma verdadeira “agenda hipocondríaca” (Salgado, 2009), na qual é estabelecido o que se pode ou não fazer com o próprio corpo, em prol de uma saúde adequada e politicamente correta. A saúde e, portanto, a prevenção de doenças, supostamente, passaria a acontecer a partir da incorporação dos ensinamentos sobre como controlar o destino do organismo através do conhecimento de seu funcionamento: como o indivíduo deverá se comportar em relação aos seus deveres relativos à sua própria saúde.

No caso específico da prevenção ao HIV/aids, a partir da análise dos *releases* das campanhas, percebe-se, principalmente, a normatização do que seria um comportamento sexual saudável e um comportamento sexual de risco, uma prescrição ao extremo dos hábitos sexuais da população. Isso nada mais é do que o estabelecimento de fronteiras para que o controle possa ser exercido, via saúde sexual da população. Michel Foucault na obra *História da sexualidade I: a vontade de saber* (2009b) afirma que “[...] a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos dotados da maior instrumentabilidade: utilizável no maior número de manobras, e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias” (p. 114). A partir disto, o autor destaca que foi através do adestramento do sexo dos corpos, como medida de controle populacional, que se ajustou a relação entre sexualidade e mecanismos de poder. Assim, o sexo, estrategicamente, veio a ser mais um dos meios de regulação da vida, a partir da modulação e da produção disciplinar da sexualidade:

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o esforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder (Foucault, 2009b, p. 116-117).

Desse modo, o sexo e a vida tornaram-se alvos privilegiados da incidência do biopoder, que buscou normalizar condutas através do controle tanto dos corpos dos indivíduos, como de toda a população. A produção biopolítica da sexualidade, que impõe as formas de vivenciá-la, se encontra na lógica do biopoder, de apropriação

intensa da vida. Observa-se, então, uma biopolítica, que incide sobre as populações, com foco nos mecanismos de regulação da vida, que incluem o nascimento, a morbidade, a longevidade, a mortalidade, entre outros, e um biopoder que incide sobre a individualidade dos corpos, a gestão da sexualidade do indivíduo, como, onde e com quem ela deve ser vivenciada: uma verdadeira pedagogia do sexo, que tem início na infância, e define para o indivíduo, desde a mais tenra idade, a delimitação e a localidade dos órgãos sexuais e reprodutivos, além da higienização da sexualidade. Segundo Foucault (2009b), os imperativos da higiene, somados aos velhos medos do mal venéreo e aos novos temas da assepsia, aos grandes mitos evolucionistas e às modernas instituições de saúde pública, pretendiam assegurar o vigor físico e a pureza moral do corpo social.

Na medida em que a sociedade se tornou mais e mais preocupada com as vidas de seus membros – pelo bem da uniformidade moral; da prosperidade econômica; da segurança nacional ou da higiene e da saúde –, ela se tornou cada vez mais preocupada com o disciplinamento dos corpos e com a vida sexual dos indivíduos. Isso deu lugar a métodos intrincados de administração e de gerenciamento; a um florescimento de ansiedades morais, médicas, higiênicas, legais; e a intervenções voltadas ao bem-estar ou ao escrutínio científico, todas planejadas para compreender o eu através da compreensão e da regulação do comportamento sexual. (Weeks, 2010, p. 52)

Nesta perspectiva de modulação da sexualidade, a partir de sua disciplinarização, mecanismos de vigilância são instrumentalizados, de forma que o próprio indivíduo passe a se controlar e se culpabilizar, caso o seu desejo tome um caminho diferente do que foi normalizado. Isso caracteriza o processo de gestão do corpo, a partir da regulação da sexualidade. E as considerações de Foucault (2005) confirmam:

[...] que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”. A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar [...] (p. 302)

No que se refere especificamente à prevenção da aids, constata-se que o modelo oficial brasileiro empregado tem sido as respostas locais às questões que envolvem sexualidade, sofrimento e morte. Isso não significa que se rompeu com os parâmetros ditados no plano internacional, uma vez que o discurso preventivo foi estruturado em categorias universalizantes, enunciadas ao longo das campanhas e produtos por diferentes termos como “risco”, “vulnerabilidade”, “protagonismo”, efetivando-se em campanhas que visam mudanças de comportamento e a incorporação de práticas disciplinarizadoras (Pelúcio & Miskolci, 2009). Paiva (2002), entretanto, destaca o quanto seria inovador abandonar a tentação de encontrar uma tecnologia universal, “a mais eficaz”, para algo que depende efetivamente de cada contexto social e intersubjetivo. Contudo, é difícil deixar os modelos centrados nas “práticas e comportamentos de risco”, nas “falhas” na adesão, pré-definidos por receituários e protocolos.

Neste sentido, a prevenção ao HIV/ aids, no intuito de realmente aprofundar a operacionalização da noção de vulnerabilidade, deve superar modelos pensados para cidadãos “HIV negativos”, e trabalhar com a noção de “indivíduo sujeito-cidadão”, co-participante de espaços psico-educativos que tenham como horizonte a “emancipação psicossocial”. Para tanto, torna-se urgente, por exemplo, incorporar no planejamento das ações de prevenção as noções da construção social opressiva de dois gêneros, masculino e feminino; superar a noção de “indivíduo-consumidor” de serviços, de programas educativos, de preservativos, de testes diagnósticos, de medicações, de tratamentos, de comportamentos e de práticas seguras a serem treinadas, além de estimular sempre a renovação das ações de prevenção e de cuidado (Paiva, 2000). A dinamicidade da epidemia requer, constantemente, a revisão das estratégias utilizadas, a busca por novos referenciais e ferramentas que possam atender às necessidades de diferentes grupos afetados da população brasileira (Brasil, 2009).

A presente pesquisa, portanto, ao promover análise do discurso aplicada aos *releases* das campanhas, permitiu direcionar o olhar para alguns elementos que compõem o campo de associação de enunciados que permitem formular, enunciar e repetir um discurso preventivo de caráter governamental. Com isso, foi possível perceber elementos discursivos que se repetem na maior parte dos textos, o que permitiu traçar, neste momento, algumas importantes considerações sobre os mesmos.

Perspectivas estratégicas das ações de prevenção ao HIV/aids no discurso das campanhas governamentais

A partir da análise dos *releases* das campanhas de prevenção e combate à propagação do HIV/aids do Ministério da Saúde foi possível perceber perspectivas estratégicas comumente empregadas ao longo do período pesquisado. Constatou-se, principalmente, que as estratégias preventivas adotadas parecem ir à contramão da perspectiva de renovação das ações, proposta acima por Paiva (2002) e Brasil (2009), visto que se observou, com frequência, a repetição de uma única estratégia, mas com diferentes roupagens.

Desde 1999, o incentivo ao uso do preservativo masculino aparece como a principal estratégia de prevenção ao HIV/aids, sendo evidenciado no decorrer da história das campanhas em diversos *slogans*: “Camisinha: eu vivo com ela” (1999); “Não importa de que lado você está, use camisinha.” (2001); “Sem Camisinha Nem Pensar” (2002); “Pela camisinha não passa nada. Use e confie.” (2004); “Camisinha, não saia sem ela.” (2006); “Bom de cama é quem usa camisinha” (2008); “Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não.” (2009); “Camisinha, um direito seu.” (2010); “Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre.” (2010).

Tal estratégia, propositalmente, foi ainda mais reforçada com a criação da marca “VISTA-SE”, em 2004: “o VISTA-SE é um selo que passa a assinar todas as peças de promoção ao uso do preservativo produzidas pelo Ministério da Saúde e seus parceiros e que poderá ser aplicada também nos materiais de prevenção das ONGs, empresas da iniciativa privada e outras instituições governamentais”³⁷. Assim, “VISTA-SE” é uma estratégia de comunicação que teve por intenção o aumento do recall ou da lembrança espontânea da mensagem “use sempre camisinha”. Segundo o Ministério da Saúde, no próprio *release* da campanha³⁸, “se todas as campanhas de promoção ao uso do preservativo tiverem a mesma assinatura (do Ministério e de seus parceiros), o público, além da mensagem da campanha, terá também uma referência de identidade, atribuindo todas as ações a um mesmo conjunto, uma mesma idéia, um mesmo objetivo”. O próprio tempo e a forma do verbo escolhido, “vista-se”, expressa a idéia de forma rápida, imperativa e normatizada, sendo justificado no *release* da seguinte forma:

³⁷ Trecho extraído do *release* da campanha “VISTA-SE”, lançada em 2004, anexo à esta dissertação.

³⁸<http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISC00B1070ITEMID23CCB430BB7B411E9548DFC75485C02CPTBRIE.htm>

“o símbolo do VISTA-SE possibilita que essas pessoas expressem essa idéia (use camisinha) de forma ordenada e, portanto, mais eficiente”.

Entretanto, é importante ressaltar que ações como esta, próprias da perspectiva da Medicina Preventiva, se estruturam como uma forma específica de cuidado, que adota uma maneira concreta de atuar dentro do sistema de saúde (Tambellini, 2003). A centralidade no incentivo ao uso do preservativo masculino é uma forma específica e, portanto, limitada, que se apóia exclusivamente na idéia concreta de que sem o uso deste preservativo, por noções biológicas, técnicas e científicas sobre a forma de transmissão do HIV, o indivíduo poderá ser infectado. É o que Rios (1965) citado por Arouca (2003, p. 35) chamou de “implantação de padrões racionais de saúde”.

Estratégias como esta centralizam as ações num único propósito, através do mesmo raciocínio: o de que o uso do preservativo masculino seria a principal, e talvez a única, solução para a prevenção da infecção pelo HIV/ aids no país, estabelecendo-o como norma. Além disso, a análise aponta que, com frequência, “padrões” preventivos são enunciados de modo a responsabilizar o indivíduo sobre suas próprias escolhas; não no sentido de apropriação da saúde e/ou doença, mas numa esfera de culpabilização desse indivíduo, caso ele não siga o que é prescrito. Como afirma Guacira Lopes Louro acerca das pedagogias da sexualidade (2010, p. 18) “redobra-se ou renova-se a vigilância sobre a sexualidade, [...] através de múltiplas estratégias de disciplinamento, aprendemos a vergonha e a culpa; experimentamos a censura e o controle. Acreditando que as questões da sexualidade são assuntos privados, deixamos de perceber sua dimensão social e política”. Contudo, é pertinente destacar que os sistemas de significados que compõem as formações discursivas, do que se pode traduzir nesta análise como enunciações de responsabilização e de culpabilização dos sujeitos pelo risco da infecção pelo HIV, operam menos por estratégias de vigilância e disciplina, e mais por estratégias do biopoder e pela internalização das normas.

Neste sentido, como afirma Paulo Vaz (1997), a forma do poder na contemporaneidade não é tanto mais a da vigilância, mas a da “informação que adverte sobre riscos tendo em vista o próprio interesse do indivíduo: ela se dá como convite à moderação. Nada mais adequado a uma sociedade hedonista, individualista e modulada diariamente pelos meios de comunicação. Enfim, o mal hoje se corporifica nas figuras do portador, do dependente e do endividado. Sua comunhão: graças ao que portam como herança e ao que fizeram, não podem muito” (p. 309). A aids é enunciada,

portanto, como uma responsabilidade individual, e sua infecção pelo vírus HIV, um risco do qual o próprio indivíduo deve precaver-se, acatando o imperativo da campanha. Vestir-se implica, portanto, consumir a camisinha masculina enquanto tecnologia de prevenção.

No *release* da campanha “VISTA-SE”, destaca-se também uma distinção da assimilação do símbolo segundo o gênero: “Para o homem, a frase VISTA-SE é entendida como um comando, para a mulher, a mesma frase é traduzida como discurso - uma mulher com a camiseta do VISTA-SE transmite uma mensagem para os homens e mostra que sabe a importância do uso do preservativo”. Nesta lógica, a mulher que veste tal camiseta saberia, supostamente, a importância do uso do preservativo, mas ocuparia numa posição passiva, dependendo do homem conceber tal importância para que, então, ele faça uso do preservativo na relação. Entretanto, o aumento da incidência do HIV/aids no sexo feminino, conforme já exposto no primeiro capítulo deste estudo, aponta que, na prática, essa mulher, muito frequentemente, não tem conseguido negociar o uso do preservativo masculino com seu parceiro.

É evidente que numa sociedade pautada pela lógica da desigualdade nas relações de gênero, na qual as diferenças nas relações de poder e a ameaça de violência impossibilitam as mulheres de negociar práticas sexuais mais seguras, a exclusividade empregada aos métodos tradicionais de prevenção, como o incentivo ao uso do preservativo masculino, podem ser inadequada ou mesmo inviável (Parker & Terto Jr., 2000). Sabe-se que a construção histórica e cultural dos gêneros, a forma diferenciada e hierarquizada em que cada sociedade define o que é ser homem e o que é ser mulher, o atravessamento do poder nas relações, molda o que a maioria das pessoas vai fazer ou deixar de fazer em relação à sua sexualidade. Assim, a tradicional definição social de masculino e de feminino é um dos principais obstáculos às mudanças necessárias para a constituição de sujeitos sexuais autônomos. É urgente a busca por soluções que favoreçam escolhas mais conscientes e independentes, que possam ser feitas pelo sujeito sexual, que enfrenta precárias condições materiais como cidadão disposto a cuidar de sua saúde e de seu futuro (Paiva, 2000). Tais escolhas, por sua vez, incidem diretamente na prevenção da epidemia, visto que é esse indivíduo quem irá optar ou não por práticas seguras e se proteger ou não do HIV/aids. Para tanto deve-se favorecer essa reflexão com relação aos fatores de vulnerabilidades, como as desigualdades de gênero, a

pobreza, a violência, a baixa escolaridade, entre outros, a partir da realização de “campanhas mais realistas” de prevenção ao HIV (Brasil, 2009).

Cabe aqui indagar, para além da discussão sobre o motivo da provável dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro, por que, até mesmo em campanhas governamentais de prevenção a uma epidemia de largas proporções, a sexualidade feminina é colocada tão freqüentemente como subsidiária à sexualidade do homem? Por que não incentivar também, nesta mesma campanha, o uso do preservativo feminino, reforçando a autonomia da mulher na decisão de usar ou não o preservativo? Se a intenção da criação da marca VISTA-SE foi aumentar a lembrança espontânea da mensagem "use sempre camisinha", por que se dirige apenas ao casal heterossexual, que evidencia uma mulher que deveria transmitir uma mensagem de prevenção ao homem, demarcando apenas esta condição de passividade? Onde se localizam as outras tantas possibilidades de relação num discurso preventivo de circulação nacional?

Assim, o ponto de partida para uma leitura analítica da campanha “VISTA-SE” não é questionar a utilização da “força do símbolo como elemento de comunicação”, “a capacidade de mobilização”, a possibilidade de “outras aplicações de visibilidade, fora da mídia convencional” ou perceber que “o entendimento de um símbolo é mais rápido, mais objetivo e direto”; importa para esta investigação é destacar a repetição de discursos e elementos estratégicos, os sujeitos que são designados para enunciar “verdades” e os contextos em que mecanismos de controle estão sendo colocados em funcionamento a partir de uma única expressão: VISTA-SE!

Faz-se necessário apontar alguns fatores que contribuíram para a construção de certos mecanismos da prevenção a partir da eclosão da epidemia. Madureira e Trentini (2008), através de estudo recente que analisou atitudes de homens no que se refere ao uso do preservativo masculino nas relações heterossexuais, revelam o quanto a própria política de controle populacional brasileira, há pouco tempo atrás, ainda privilegiava métodos contraceptivos dirigidos à mulher, métodos que dispensavam a participação masculina. Tal fato culminou num declínio das taxas de fecundidade, mas também na marginalização dos métodos que dependiam da iniciativa do homem, tal como o uso do preservativo masculino. Até este momento, observa-se claramente a cisão entre contracepção - “[...] a gravidez acontece no corpo feminino, o que torna a contracepção um encargo das mulheres [...]” - e prevenção das DSTs, HIV/aids e hepatites virais,

apesar de ambas integrarem o campo da saúde sexual e reprodutiva e, conseqüentemente, ser de responsabilidade de todos (as).

Com o advento da aids, o uso do preservativo masculino foi repentinamente valorizado como um método de prevenção mútua. Entretanto, os homens parecem ter sido convocados de maneira especial, de modo que seu comportamento sexual e sua participação nas decisões da vida sexual e reprodutiva foram evidenciados. Com isso, se instaurou “(...) a compreensão de que o preservativo é um recurso masculino a ser recomendado para homens.” (Madureira & Trentini, 2008).

A mudança no perfil epidemiológico do HIV/aids no Brasil, traduzida por uma rápida queda da razão homem/mulher e por um crescimento da infecção por via sexual, fez com que as estratégias de prevenção voltadas para a diminuição da incidência entre heterossexuais, a partir da década de 1990, se tornassem uma questão central para o controle da epidemia. Dessa forma, além do uso do preservativo masculino, foram implementadas estratégias para ampliar as ações de proteção feminina.

O preservativo feminino foi introduzido no comércio brasileiro em dezembro de 1997, quando seu registro foi obtido junto à Vigilância Sanitária. Desde 2000, o Ministério da Saúde passou a fornecer este insumo para as Secretarias Estaduais de Saúde, de modo que fossem distribuídos a mulheres de populações consideradas prioritárias para a prevenção das DST/aids: profissionais do sexo; mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual; mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos; mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis; mulheres com DST e mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção a saúde da mulher (Barbosa & Perpétuo, 2009).

A decisão pelo investimento neste insumo e sua disponibilização na rede pública de saúde foram antecedidas por um estudo³⁹ realizado em seis cidades do país, com uma amostra de 2.382 mulheres, cujo resultado apontou boa aceitação e alta adesão ao preservativo feminino. Tal resposta auxiliou o Programa Nacional de DST/aids (PN-DST/Aids), na época, a decidir por investir no insumo, apesar de reconhecer a sua limitada capacidade de produção e o seu alto custo⁴⁰. Desde 2000, o Ministério da Saúde vem adquirindo 4 milhões de preservativos femininos a cada dois anos. A

³⁹ (Barbosa et al., 2007 citado por Barbosa & Perpétuo, 2009).

⁴⁰ Até 42 vezes mais caro do que o preservativo masculino, segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) realizada em 2005 (Barbosa & Perpétuo, 2009).

aquisição do insumo para venda nas grandes redes de farmácias e drogarias no país, entretanto, é insignificante. Assim, é possível afirmar que o acesso da população brasileira ao condom feminino acontece, desde a sua implantação, majoritariamente através da rede pública de saúde e de ONGs (Barbosa & Perpétuo, 2009).

Como método de prevenção iniciado pela mulher, o preservativo feminino apresenta-se como tecnologia complementar de prevenção voltada para este segmento populacional - uma estratégia que teria por objetivo inicial fortalecer a autonomia feminina e a sua capacidade de negociação, visando à prática do sexo mais seguro. A intenção era que o preservativo feminino fosse distribuído com o masculino, promovendo a idéia de co-responsabilidade no cuidado com a saúde sexual e reprodutiva (Barbosa & Perpétuo, 2009).

Se considerarmos que os enunciados de sexo seguro e negociação do sexo seguro têm sido recorrentes nas campanhas de prevenção, vale perguntar onde está situado, no discurso das campanhas de prevenção à aids do Ministério da Saúde, o incentivo ao uso do preservativo feminino? Questiona-se aqui por que, numa campanha nacional de prevenção como “VISTA-SE”, lançada em 2004, ou seja, após a introdução deste insumo no comércio brasileiro e após o início de sua distribuição gratuita pelo governo, esse insumo não é ao menos mencionado no discurso desta campanha? Por que a posição que a mulher ocupa nesta e em outras campanhas ainda é de dependência da intenção do homem, que irá optar por utilizar ou não o preservativo masculino, sendo que o preservativo feminino lhe daria maior autonomia? Assim, considerada a influência da mídia e dos anúncios das campanhas de prevenção na produção dos significados que dão sentido à aids (Hidelbrand, 1995; Oliveira, 2004), pode-se afirmar que a noção de sexo seguro sob a égide do uso do preservativo masculino é uma enunciação recorrente no âmbito das campanhas analisadas. Enfatizando prioritária e quase que exclusivamente o uso do preservativo masculino como enunciado que compõe o campo de associação dos discursos de prevenção produzido por essas mídias, exclui-se o uso do preservativo feminino como possibilidade de prevenção.

Michel Foucault já destacava que um dos princípios da ordem do discurso é o da exclusão. Por meio desta análise específica do selo “VISTA-SE”, pode-se verificar este princípio operando, uma vez que se constata que a associação do sexo seguro “não poderia ser outra” diferente do que se refere ao uso da camisinha masculina; portanto, necessariamente, para que esse enunciado aconteça, e não outro em seu lugar, é preciso

excluir na ordem do discurso qualquer outra possibilidade de acontecimento enunciativo no âmbito do discurso da prevenção, como, por exemplo, o uso da camisinha feminina. Como afirma Foucault (2009a, p. 9) “sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” e, neste sentido, os procedimentos de exclusão “se exercem de certo modo do exterior” e “concernem, sem dúvida, à parte do discurso que põe em jogo o poder e o desejo” (Ibid., p. 21).

Na campanha “VISTA-SE”, o foco no incentivo ao uso do preservativo masculino é justificado pelo fato deste ser o produto mais comum no mercado, ser o foco da distribuição gratuita das ações do Ministério da Saúde e pelo fato do homem ainda ser o maior consumidor de preservativos no país. No entanto, a análise dos *releases* revela que este panorama, no qual impera a promoção ao uso do preservativo masculino como principal estratégia governamental e a figura masculina como principal promotora da prevenção, apenas é sustentado por estratégias políticas que excluem outras possibilidades.

Este princípio da exclusão de enunciados para o acontecimento de outros, na ordem dos discursos da prevenção, remete a uma análise importante na perspectiva foucauldiana que orienta este trabalho, que diz respeito à apropriação social dos discursos ou, nas palavras de Foucault (2009a, p. 44), “a distribuição dos sujeitos que falam nos diferentes tipos de discurso e a apropriação dos discursos por certas categorias de sujeitos”. Tal distribuição e apropriação seriam, segundo o autor, os grandes procedimentos de sujeição do discurso. Neste sentido, a enunciação VISTA-SE carrega em seu campo de associação de enunciados aqui descrito, um caráter pedagógico: educar a população para que ela própria não corra risco, praticando o que se enuncia como a verdade (exclusiva, excludente) acerca do sexo seguro. Para Foucault (2009a), fica evidente a estreita ligação entre os jogos de poder/saber da ordem dos discursos e a educação:

Sabe-se que a educação, embora seja, de direito, o instrumento graças ao qual todo indivíduo, em uma sociedade como a nossa, pode ter acesso a qualquer tipo de discurso, em sua distribuição, no que permite e no que impede, as linhas que estão marcadas pela distância, pelas oposições e lutas sociais. Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo (p.43).

É interessante pensar que em 1986, o preservativo masculino era considerado o método atual por apenas 4% das mulheres em idade reprodutiva (BENFAM, 1996 citado por Barbosa & Perpétuo, 2009) tendo passado para 13% em 2006 (Brasil, 2008 citado por Barbosa & Perpétuo, 2009). Esse aumento não aconteceu por acaso: foi resultado de decisão política e de pesados investimentos na prevenção, de modo a incentivar o seu uso. A política relativa à distribuição do preservativo feminino desenvolvida nos últimos dez anos, contudo, parece ter ficado no meio do caminho. O total de preservativos femininos efetivamente colocados à disposição para uso da população brasileira – 16 milhões em dez anos – não teria sido suficiente para contemplar as populações prioritárias ou criar o hábito de uso, mesmo entre aqueles homens e mulheres que referem ter gostado do insumo e para quem talvez o preservativo feminino fizesse sentido. Supõe-se que esses entraves estariam mais relacionados a dificuldades no acesso do que à aceitabilidade do insumo, já que, na verdade, o preservativo feminino não chegou a ser de fato implantado (Barbosa & Perpétuo, 2009).

As características peculiares do preservativo feminino, um insumo que remete à questões delicadas relacionadas à vivência da sexualidade e das relações de gênero, cuja disponibilização é intencionalmente restrita, fazem com que essa estratégia de enfrentamento da epidemia se depare com desafios não apenas operacionais, mas também de definição política e estratégica dos objetivos e abrangência (Barbosa & Perpétuo, 2009). Será que parte do que o governo investe em outras frentes de prevenção ao HIV/aids não poderia ser destinado para a aquisição e distribuição de preservativos femininos, apesar destes serem mais onerosos para o sistema público de saúde, mas que, em contrapartida, oferecem maior poder de decisão (e de prevenção) para as mulheres? Não haveria outro lugar no discurso das campanhas para as mulheres, que não seja apenas o de meras “transmissoras” de mensagem para os homens?

Todos esses lugares e condições oferecidos às mulheres reforçam a evidência do:

[...] longo caminho ainda por percorrer no controle da epidemia, na prevenção de novos casos, o que está diretamente envolvido com as relações entre homens e mulheres, mostrando que é preciso adentrar o terreno das questões relacionadas com poder e gênero [...]. (Madureira & Trentini, 2008).

Assim, de modo geral, foram minoria os *releases* analisados que fazem algum tipo de referência ao uso do preservativo feminino. Na campanha “Profissionais de sexo – sem vergonha garota você tem profissão”, por exemplo, direcionada às profissionais do sexo feminino, a promoção ao uso do preservativo feminino aparece no *release*, contudo os produtos da campanha são ilustrados nos cartazes apenas com o preservativo masculino.

Sobre o universo da aids na prostituição feminina, estudos têm apontado que as mulheres profissionais do sexo, no âmbito de suas relações familiares, em relações sexuais marcadas pelo afetos, ou nas quais não há o intermédio do dinheiro, encontram-se tão vulneráveis quanto qualquer outra (Guimarães, 1996) e o fato de estar vivendo um relacionamento de intimidade, estável, com uma única pessoa, mesmo que por curta duração, faz com que estas mulheres abram mão do preservativo e de sua negociação junto a seus parceiros deste tipo de relacionamento (Ratliff, 1999; Oltramari & Camargo, 2004). Sabendo que esta população feminina encontra-se ainda mais subjugada à figura masculina e mais vulnerável ao contexto de negociação do uso do preservativo (considerando que a atividade sexual é travessada pela dimensão do pagamento) e, como já mencionado acima, de acordo com Barbosa e Perpétuo (2009), tratando-se de uma população prioritária para a distribuição do preservativo feminino, o discurso governamental poderia ser mais enfático no que tange a autonomia dessas mulheres.

Tal acontecimento discursivo (de enunciação textual do preservativo feminino e, concomitante e antagonicamente, a enunciação imagética do preservativo masculino) também foi observado na campanha “Dia Mundial 2004 – Mulher sua história é você quem faz”, na qual ao mesmo tempo em que o *release* incentiva o uso do preservativo feminino, a imagem que ilustra o texto e também os produtos da campanha (cartaz e folder) é de uma mulher segurando um preservativo masculino.

Assim, o que se constata na análise desses produtos midiáticos é que o preservativo feminino, quando (raramente) citado, ainda é sequer mostrado ou representado em imagem. Além disso, é significativamente nula qualquer enunciação referente ao seu uso (quando e como colocar, quando retirar, etc.) nos produtos das campanhas; muito diferente do preservativo masculino, estampado por todos os lados, até mesmo numa campanha em que ele próprio não é mencionado no *release*. Segundo esta perspectiva, será mesmo que essa mulher do discurso das campanhas é quem faz

sua história? Na prática, observa-se que enquanto não houver de fato a promoção, o fortalecimento, o financiamento e a intensificação de iniciativas que desafiem desigualdades estruturais de gênero, tão cruciais para a verdadeira mudança de normas relativas ao gênero e para a preservação dos direitos de mulheres e meninas (UNAIDS/ONUSIDA Brasil, 2010), a história certamente não será traçada por elas.

Em campanhas mais recentes, como “Camisinha, um direito seu”, direcionada às mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família, lançada em 2010, também é o preservativo masculino que ilustra todos os materiais. Apenas na cartilha de orientação para multiplicadores é mencionado o preservativo feminino, seus benefícios, sua importância e instruções sobre o seu uso. É evidente que campanhas como esta direcionam o olhar para a realidade de mulheres em situação de pobreza ou de extrema pobreza, e que, certamente, apresentam um efeito positivo junto à essa população, na medida em que promovem a distribuição de preservativos nos locais de atendimentos de saúde, orientando sobre como se prevenir da epidemia, como discutir o uso do preservativo com seus parceiros, além de incentivar a realização do teste de HIV. Entretanto, não cuidam da autonomia destas mulheres no contexto da prevenção. Será mesmo que a camisinha é um direito dessas mulheres? Ou será que na prática, por questões óbvias de vulnerabilidades, desigualdades sociais, de gênero e de acesso aos serviços de saúde, a autonomia na prevenção do HIV/aids torna-se um embate para esse público? É imprescindível que seja assumido o controle da própria prevenção ao HIV. A falta de controle da prevenção pelas mulheres fica evidente quando se constata que um preservativo feminino é distribuído para cada 700 preservativos masculinos. Daí a urgência de maiores e igualitários investimentos programáticos e orçamentários, para que o preservativo feminino esteja tão acessível quanto o masculino, e que a mulher possa ter a mesma autonomia na prevenção do HIV/aids (UNAIDS/ONUSIDA Brasil, 2010).

Neste sentido, constatou-se que o discurso das campanhas de prevenção apresenta um abismo entre a consciência individual do risco (vulnerabilidade individual) e a prática sexual efetivamente segura. O selo “VISTA-SE” trabalha apenas a dimensão individual da vulnerabilidade, ou seja, aquela que coloca nas mãos de homens e de mulheres a decisão de ter ou não um comportamento de risco. Contudo, ignora contextos sociológicos importantes para esta tomada de decisão, tais como crenças religiosas sobre o sexo e a camisinha, as concepções preconceituosas herdadas

da família, os grupos sociais dos quais o indivíduo faz parte, dentre outros aspectos que compõe as esferas de vulnerabilidades social e programática que também condicionam o “vestir-se” ou o “não vestir-se”. Além disso, enquanto o discurso das campanhas colocar a sexualidade das mulheres em subordinação à sexualidade dos homens, sobretudo no que tange à autonomia das mulheres no contexto da prevenção ao HIV/aids – o preservativo que deve “vestir” continua sendo o masculino, que “veste” o pênis e não a vagina – a lógica de subalternidade feminina estará reproduzida. Isso em tempos de feminilização da aids é um erro terrível do ponto de vista das estratégias governamentais (campanhas) de prevenção.

Dando continuidade à análise, pertinente se torna também refletir acerca da formação discursiva que articula três sentidos, independentes, porém, vinculados a um mesmo campo de associação de enunciados para práticas sexuais: “com amor”, “paixão” e “só sexo mesmo”. Tal formação compõe o slogan da campanha do carnaval de 2010: “Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre.”, destinada às mulheres jovens e aos homens gays. Vale lembrar o que afirma Vera Paiva acerca deste universo de sentidos ainda na década de 80, quando “conflitos e mudanças na vida afetiva, processos pessoais de transformação, práticas e atitudes no campo da paixão, do amor ou das experiências sexuais e de prazer cotidiana imediatamente evocavam a Aids. Apesar disso, quando observávamos as políticas públicas para prevenir a expansão da epidemia, notávamos que o constrangimento geral com temas tão pouco confortáveis e desconhecidos para a maioria das pessoas era evidente” (Paiva, 2000, p. 20-21). Vinte anos se passaram e, pelo menos no que se refere às campanhas de prevenção, o constrangimento em se falar de práticas sexuais motivadas exclusivamente pelo prazer parece ter minimizado enquanto efeito discursivo, mas ainda é evidente a censura moral na sociedade brasileira ao livre exercício da sexualidade, sobretudo quando se refere às mulheres de modo geral e às pessoas não heterossexuais.

Neste sentido, como afirma Richard Parker, aspectos relacionados ao desejo sexual recebem frequentemente atribuições ahistóricas e naturais, muitas vezes vinculadas à idéia de “natureza humana”; é assim que o desejo é usualmente tratado – inclusive no âmbito da Psicologia e suas incursões no “estudo da sexualidade humana” – como uma espécie de dado natural. Por outro lado, como destaca este autor, “[...] os fatores sociais e culturais que moldam a experiência sexual em cenários diferentes são normalmente ignorados, mesmo quando se chama a atenção para a sua potencial

relevância” (Parker, 2000, p. 19). Esta tendência, bastante peculiar ao campo de estudos mais tradicional da “psicologia da sexualidade”, como destaca este importante estudioso da área, é herdada, em grande parte, pelas influências da pesquisa sobre comportamento sanitário, cujo enfoque tem se restringido aos determinantes individuais (e da mudança) do comportamento sexual. A presente análise segue na contramão destas perspectivas tradicionais, destacando o caráter inexoravelmente produtivo das estruturas sociais, culturais, econômicas e políticas nas experiências sexuais, e tal produtividade não pode ser ignorada. Assim, no que se refere ao campo de associação de enunciados aqui analisado, contemplando ‘amor’, ‘paixão’ e ‘sexo’ como enunciados que se articulam em torno de formações discursivas que compõem o discurso da prevenção nas campanhas analisadas, faz-se eco às proposições do autor:

A construção social do tesão e do desejo sexual, as maneiras pelas quais as identidades sexuais são formadas e transformadas, as relações de poder e dominação que podem moldar e estruturar as interações sexuais, e as redes sociais/sexuais que canalizam e condicionam a seleção de potenciais parceiros sexuais, todos esses itens são valiosos e devem ser levados em consideração no desenvolvimento de estratégias mais eficazes para a prevenção da AIDS (Ibid., p. 21).

Ainda que as estratégias governamentais de prevenção à epidemia, não entre no caráter moralizante dos discursos religiosos, por exemplo, às vezes escorrega por atribuir um caráter moralizante pela via do “risco em saúde” ou da reprovação socialmente compartilhada dos comportamentos sexuais desviantes⁴¹.

Os efeitos da “prevenção” da sexualidade e do comportamento sexual

Outro aspecto que se destacou na análise dos *releases* das campanhas, a partir da percepção da centralidade das ações de prevenção ao HIV/aids praticamente numa única estratégia de enfrentamento – o incentivo ao uso do preservativo masculino –, é a constatação de que o discurso governamental desconsidera que, antes de haver o uso compulsório deste insumo, é preciso haver uma demanda de uso pelo indivíduo. Dito de outro modo, as campanhas enunciam o uso do preservativo masculino como imperativo, sem considerar, entretanto, que tal uso – em seu corpo ou no corpo alheio – não passa

⁴¹ Como acontece com as práticas BDSM (Bondage-Discipline-Domination-Submission-Sadism-Masochism) frequentemente enunciadas, pelo senso comum, por meio de concepções equivocadas e discriminatórias, representadas de modo caricato e carregado de juízos de valor.

exclusivamente pela decisão crítica e racional da pessoa, tampouco, depende apenas de sua “escolha consciente”.

Neste sentido, é um equívoco pensar que as pessoas, ao agirem, estariam sempre prevendo perdas e ou danos a si próprias ou, pressupor que antes de agirem em uma cena sexual realizam cálculos conscientes das conseqüências de suas ações. Os comportamentos sexuais – como quaisquer outros comportamentos – não se definem individualmente, portanto, os indivíduos não escolhem agir independentemente do contexto em que vivem ou dos grupos sociais dos quais fazem parte. Sendo assim, a decisão de usar ou de negociar, ou não, o uso do preservativo, está atrelada ao que a autora chama de condicionantes sociais do uso de métodos de proteção pessoal durante os relacionamentos afetivo-sexuais, dentre os quais, destaca: o grau de conhecimento sobre as questões reprodutivas, sobre a atuação do preservativo, as especificidades de gênero, o tipo de envolvimento afetivo experienciado naquele momento, as questões financeiras e de acesso aos métodos, o pertencimento social e a idade da iniciação sexual, bem como, o maior ou menor grau de liberdade e de autonomia em relação ao seu próprio corpo (Knauth, 2002; Teixeira et al., 2006).

Por isso, não se pode pensar num pronto posicionamento do indivíduo apenas relacionado a uma resposta objetiva aos imperativos das campanhas governamentais. A sexualidade, enquanto acontecimento, não é tão rápida e direta: “VISTA-SE”! Pelo contrário, trata-se de uma construção ao longo da vida, repleta de conflitos e ressignificações permanentes. Britzman (2010) afirma que, embora cada indivíduo seja um ser sexual, os significados que produzimos a partir de nossos próprios corpos – aquilo que cada um vê como erótico e prazeroso – serão bastante diferentes. Assim, não se pode esgotar essas diferenças, porque elas são apenas o ponto de partida.

[...] a capacidade e possibilidade de ser sujeito vai depender do contexto em que a relação sexual acontece, da cena sexual singular que representa esse contexto (do tipo de vínculo e qualidade do afeto, do momento, do parceiro, do lugar, do ritmo, do gênero, dos poderes em jogo, da adesão às normas sexuais, da classe etc.) [...]. (Paiva, 2000, p. 52)

Entretanto, quando se lê a sexualidade através de uma teoria favorita, de um manual de instruções ou de acordo com a visão de especialistas, a linguagem do sexo torna-se didática, explicativa e, portanto, dessexualizada (Britzman, 2010). Pode-se dizer,

com isso, que a sexualidade é, além de uma preocupação individual, uma questão claramente crítica e política, que merece, portanto, uma investigação e uma análise histórica e sociológica cuidadosa (Weeks, 2010). Por isso, no contexto da prevenção à epidemia do HIV/aids, pode-se partir do fato de que “[...] a sexualidade não é o problema: ela é o lugar ao qual os problemas se afixam [...]” (Britzman, 2010, p. 92). Então, por que não falar desse lugar nas campanhas?

De modo geral, constata-se que as ações de prevenção que tangenciam o campo da sexualidade são reduzidas às chamadas conseqüências do ato físico do sexo: gravidez, infertilidade, DSTs e aids, por exemplo, configurando a sexualidade enquanto problema. A sexualidade, como dispositivo de produção subjetiva por excelência, lugar ao qual os problemas se localizam, não é inserida no discurso, como aponta Foucault em *História da Sexualidade I: a vontade de saber* (2009b). Somente a sexualidade regulada, prescrita, racionalizada, possível de ser controlada emerge no discurso.

O que significa, inicialmente, que o domínio do sexo não será mais colocado, exclusivamente, sob o registro da culpa e do pecado, do excesso ou da transgressão e sim no regime (que, aliás, nada mais é do que sua transposição) do normal e do patológico; define-se, pela primeira vez, uma morbidez própria do sexual; o sexo aparece como um campo de alta fragilidade patológica: superfície de repercussão para outras doenças [...]. (Foucault, 2009b, p. 76-77)

Nesta perspectiva, a linguagem do sexo fica tão imprecisa, tão polivalente, que é difícil saber quando se está a falar de sexo e quando se está a falar sobre negócios, política, educação (Patton, 1991 citado por Britzman, 2010) ou, até mesmo, sobre patologias. É o que Paiva (2008) discute a partir da noção da abordagem “sexológica”, que afirmou-se respondendo a “problemas” demográficos e de saúde (mental ou sexual), reforçando discursos pautados pela lógica do biopoder, o que acabou por normatizar o sexo saudável e mais desejável para as sociedades.

É essa linguagem imprecisa e normatizada que, muitas vezes, emerge no discurso das campanhas de prevenção ao HIV/aids. Ao propor “pedagogias” da sexualidade para “todos”, demonstrando, por exemplo, como se deve utilizar o preservativo masculino, delimita-se quais são os órgãos sexuais, no homem e na mulher, e quais não são, em que situações o sexo ocorre e com quem ele irá acontecer. Quando, na verdade, existem inúmeras possibilidades, para além dos padrões que são propagados e reforçados.

Nesse sentido que as políticas públicas, como deliberações do Estado que legitimam ou não as práticas dos indivíduos, entram como parte estratégica fundamental da lógica de governabilidade dos corpos. Como as políticas se dão no domínio destes, mais do que nunca, o corpo e suas práticas tornaram-se alvo de investimento político, para fazer funcionar a lógica que se pretende empregar no contexto da saúde: o controle dos hábitos saudáveis de alimentação, da atividade física regular, dos exames preventivos de rotina e, com o advento da aids, as formas (im)possíveis de vivência da sexualidade. Por isso, segundo Weeks (2010), a aids tornou-se mais do que um conjunto de doenças, mais do que uma síndrome, mas “uma poderosa metáfora para nossa cultura sexual” (p. 37).

[...] A categoria do “sexo” é, desde o início, normativa: ela é aquilo que Foucault chamou de “ideal regulatório”. Nesse sentido, pois, o “sexo” não apenas funciona como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir – demarcar, fazer, circular, diferenciar – os corpos que controla [...]. (Butler, 2010, p. 153-154)

A compreensão desta forma contemporânea de ordenar, classificar e controlar a sexualidade, muito presente na trajetória do discurso das campanhas, requer retomar a maneira como as autoridades de saúde pública reagiram à emergência da epidemia do HIV/aids, construindo-a como uma doença sexualmente transmissível, baseada na crença de um antagonismo entre desejo e ordem social (Pelúcio & Miskolci, 2009). Em tempos em que se assiste a celebração de corpos saudáveis e perfeitamente harmoniosos, o HIV/aids emergiu e devastou o corpo. Mais do que isso, a sua propagação sempre esteve estreitamente conectada ao sexo. Assim, a aids foi socialmente apresentada - não apenas pela imprensa sensacionalista - como um efeito necessário dos excessos sexuais, como uma punição àqueles que transgrediam os limites socialmente impostos (Weeks, 2010). Nesta lógica, o homoerotismo foi eleito como a grande ameaça, através de sua associação com um vírus mortal, o que favoreceu a criação do maior pânico sexual da história contemporânea. A epidemia acabou por reforçar, assim, a norma heterossexual, que serviria como modelo para patologizar as sexualidades dissidentes desde fins do século XIX. A aids configura-se, nesta perspectiva, como um dispositivo eficiente na conformação dos antigos prazeres, tidos

como perversos, em formas moldadas por padrões heterossexuais (Pelúcio & Miskolci, 2009).

Foi possível constatar, a partir da análise dos *releases*, que o discurso governamental das campanhas de prevenção ao HIV/aids, mesmo quando considera a diversidade sexual, acaba por anular as especificidades das fantasias sexuais e as diferentes subjetividades e cenas envolvidas: é somente na produção biopolítica, normativa, de controle dos corpos, que a sexualidade e sua diversidade se encontram. Assim, quando as campanhas tratam da prevenção do HIV/aids entre casais gays, travestis, profissionais do sexo, dentre outros encontros que saem do modelo heterossexual e monogâmico, o discurso está carregado de intenções de governo no que se refere à sexualidade. A partir disso, é construída a figura do “gay certinho”, que segue todos os protocolos da prevenção, da “prostituta prevenida” que se adequa às normas prescritas para o cuidado de sua saúde e de seus clientes e outras tantas condições permeadas por discursos normativos.

Evoluiu-se, na verdade, segundo Paiva (2000), apenas da idéia original de “grupos de risco” e da estratégia de denúncia da promiscuidade e de ameaça de morte, para uma concepção “comportamentalista”: de um lado os comportamentos de risco e de outro as práticas seguras. Portanto, para Britzman (2010), ignora-se que perspectivas normativas da sexualidade como essas ao tentar fixar certas identidades sexuais através do saber que é propagado, impedem que se compreenda a conduta sexual enquanto uma prática; mas sim, pelo contrário, como uma janela, através da qual o sujeito ficaria limitado a descobrir sua verdadeira e racional identidade. Se esquece que ao partir de universais culturais, perde-se a oportunidade de incitar certa curiosidade sobre as ações polimorfas ou sobre a capacidade do indivíduo para esgotar suas estratégias de significar.

Somente a partir dessas significações sobre a própria sexualidade, que são singulares para cada indivíduo, é que será possível traçar estratégias de prevenção à epidemia:

O indivíduo terá de aceitar que a epidemia existe, que existem formas comprovadas de transmissão, formas de se proteger aceitáveis para si mesmo, e se perceber em risco. Será um caminho que leva tempo e tem necessariamente de passar por rever e desconstruir preconceitos em relação aos “personagens” que habitam o simbolismo da Aids, e que como dizem, mata mais que a Aids. (Paiva, 2000, p. 52)

Por isso, a prevenção da infecção pelo HIV/ aids deveria começar com a prevenção da homofobia, dos preconceitos raciais, sociais, territoriais e de gênero, dispositivos estes que organizam as maneiras como se dão as diferentes sexualidades. Britzman (2010) acrescenta que esforços pedagógicos poderiam deixar de utilizar o saber para controlar identidades específicas e ser mais incansáveis naquilo que pode ser imaginado quando o sexo é imaginado e naquilo que pode ser aceito quando a erótica da pedagogia e do conhecimento é aceita.

Mesmo as campanhas cujo discurso é dirigido a homens e mulheres heterossexuais apresentam certa dicotomia identitária, como se o indivíduo tivesse sempre que escolher, ou se reconhecer, numa identidade ou noutra, não podendo transitar em diversos territórios, posições ou cenas sexuais, ou desejar diferente do que já se desejou um dia; como se o indivíduo tivesse sempre a capacidade de perceber-se em “situações de risco” como se isso, por si mesmo, garantisse as condições de segurança para si mesmo e para os outros com quem se relaciona. Isso fica explícito no slogan da campanha lançada para o Carnaval de 2001, dirigida a “homens e mulheres das classes C, D e E, heterossexuais, entre 20 e 45 anos”: “Não importa de que lado você está, use camisinha”, cuja arte do outdoor⁴² é ilustrada por dois preservativos em territórios bem demarcados, mas ambos “garantindo” um sexo prevenido e, portanto, higiênico.

Paiva (2000) trabalha a noção de scripts sexuais femininos e masculinos, nos quais indivíduos são socializados desde a infância, que incidem na distribuição de poderes e de valores, embutidos nos vários personagens e roteiros construídos pela comunidade, de forma que homens e mulheres possam participar de cada cena sexual. A autora questiona, portanto, como acreditar em mudanças no campo da sexualidade, da identidade sexual e de gênero, sem que ela seja destrutiva da singularidade, da diversidade e da criatividade de cada indivíduo? E, ainda, como ajudá-lo a identificar práticas mais aceitáveis para si e para seus parceiros sexuais sem, com isso, impor normas “higiênicas” para o sexo? Britzman (2010) lembra que:

A mudança para uma pedagogia de produção da normalidade e a idéia de que a normalidade era um efeito da pedagogia apropriada e não um estado *a priori* tornou-se, essencialmente, a base para o movimento higienista social chamado “educação sexual”. (p. 95)

⁴² Segue anexo a esta dissertação, junto ao *release* da respectiva campanha.

Na medida em que o conhecimento dominante sobre a sexualidade e, por consequência sua “educação”, encontram-se tão constituídos e amarrados por discursos de “pânico moral”, de normalizações e de alardes aos perigos das representações explícitas da sexualidade, fica difícil introduzir outras possibilidades de enunciação que não sejam excluídos pela ordem do discurso normativo. É importante pensar, a partir do que já foi exposto, qual seriam os discursos sobre a sexualidade que possibilitariam construções menos normativas e, portanto, práticas efetivas no contexto da prevenção ao HIV/ aids. Talvez a questão central esteja em não querer encontrar um discurso universal que possa ser representativo do que se deseja propagar, mas sim, discursos que possam incitar a construção de saídas singulares na prevenção da epidemia. Britzman (2010) aponta o quanto seria interessante não pensar em como o sexo deveria ser encaixado no currículo, mas como o sexo poderia possibilitar todo o empreendimento disciplinar da educação, a ser inventado como um projeto de incitação ao cuidado de si. A autora conclui que:

Quando pudermos estudar as histórias que o sexo provoca, as perversidades que ele pode imaginar e exercitar, então, provavelmente, nos envolveremos também no estudo de onde o conhecimento entra em colapso, torna-se ansioso, é construído outra vez. [...] o problema torna-se, então, o de formular questões que possam desestabilizar a docilidade da educação. (p. 109-110)

Os destinos dos discursos das campanhas governamentais e a responsabilização do indivíduo

Quando se pensa em prevenção do vírus HIV, responsável pelo colapso das imunidades do corpo, causador da aids, deve-se considerar que ele não é seletivo no seu efeito: acomete heterossexuais, homossexuais, bissexuais; mulheres, homens, travestis e transexuais; crianças, jovens e velhos; pessoas de diferentes raças e etnias; nas cidades e no meio rural, pessoas de diferentes níveis econômicos. Ao mesmo tempo, ele não afeta todas as pessoas nestas categorias numa dada proporção, nem necessariamente os/as parceiros/as das pessoas infectadas. Assim, contrair o HIV é, em parte, uma questão de

acaso, mesmo para aquelas pessoas que estão envolvidas no que se denomina “atividades de alto risco” (Weeks, 2010).

A respeito de como a linguagem do risco encontra-se relacionada à dimensão política da aids, vale problematizar um pouco mais atentamente a reflexão iniciada em parágrafos anteriores, no que concerne à relação entre higiene, estilo de vida e risco em saúde, sutilmente articulada nos conteúdos das campanhas. Neste sentido, o que Michel Foucault definiu como disciplinarização e governamentalidade traduzem, adequadamente, as problemáticas aqui analisadas. Estes conceitos permitem traçar como os enunciados que compõem os discursos de responsabilização do sujeito em relação à prevenção da infecção pelo HIV fazem funcionar práticas que orientam e determinam modos de vida.

O risco aparece, na perspectiva da disciplinarização dos corpos e na governamentalidade das populações, como algo negativo, um efeito colateral a ser corrigido: quanto menos risco melhor; portanto, a enunciação de estilos de vida saudáveis e higiênicos são imperativos no âmbito da prevenção à aids. Mas como destaca Mary Jane Spink (2009) em seus estudos sobre risco, há outra dimensão do risco que parece ser ignorada nesta perspectiva “negativa”: a sua articulação à aventura⁴³. Assim, no que se refere ao risco e sua articulação enquanto enunciado no discurso da prevenção, “para que não caia na falácia da prevenção moralista, é preciso entender os sentidos do risco para diferentes grupos populacionais, buscando trabalhar a diversidade do risco para jovens, adultos e idosos; para mulheres e homens; para distintas orientações sexuais; para distintas inserções sociais. É preciso situar o risco da infecção pelo HIV na pirâmide de riscos que enfrentamos no nosso cotidiano, assim como na hierarquia de valores dos grupos a que pertencemos” (Spink, 2009, p. 322-323).

Dessa forma, tem-se uma sucessão de fatores a ser incorporada quando se planeja ações preventivas no contexto do HIV/aids. Parte-se então, neste momento, para a análise de um importante núcleo de sentido, destacado na categorização dos *releases*,

⁴³ Não iremos aprofundar aqui esta discussão, mas vale lembrar, como afirma a autora, que, no imaginário social, o risco não possui apenas características negativas ou desvalorizadas. Quando vinculado à noção de aventura ele ganha outros sentidos que merecem ser problematizados. Nas palavras da autora: “No contexto da governamentalidade, seja na perspectiva coletiva ou individual, os riscos são sempre negativos. Em contraste, na tradição da aventura, os riscos – embora continuem sendo a possibilidade de perda – são positivos. Há a possibilidade de ganho financeiro, como no discurso da Economia. Ou a possibilidade da emoção e da adrenalina, como no discurso dos esportes radicais” (Spink, 2009, p. 302).

que vai ao encontro dessa amplitude de possibilidades quando se trata da infecção pelo HIV: o público-alvo escolhido pelas campanhas governamentais. Ao problematizar o público-alvo, pode-se questionar: quem são os indivíduos e/ou populações a que se destinam as campanhas? Como é selecionado o público-alvo? Que posições de sujeito estão reservadas para o público-alvo no discurso das campanhas?

É válido ressaltar que, quando se trata da análise do público-alvo, deve-se considerar uma gama de fatores a ele atrelados, como gênero, geração, território, classe social, raça, nível de instrução, dentre outros aspectos que estrategicamente atravessam os jogos discursivos e fabricam uma dada realidade. A perspectiva interseccional utilizada, segundo Crenshaw (2002 citado por López, 2011) possibilita como perspectiva analítica uma conceituação dos problemas sociais, considerando os reflexos estruturais e dinâmicos das complexas interações entre dois ou mais eixos de subordinação, resultantes de desigualdades sociais, de classe, de gênero, entre outras, que se inter cruzam e se potencializam. Na teoria feminista, a interseccionalidade emerge como categoria analítica nos anos 1990, que busca evidenciar uma multiplicidade de diferenciações que, articulando-se a gênero, permeiam o social (López, 2011), cuja articulação é imprescindível para a compreensão dos fatores de vulnerabilidade associados à epidemia do HIV/aids.

Como já apontado anteriormente, no conjunto das fontes consultadas para esta pesquisa encontrou-se tanto campanhas de massa, destinadas a população em geral, como também campanhas dirigidas a grupos específicos, como usuários de drogas injetáveis, jovens, pessoas vivendo com HIV/ aids, caminhoneiros, travestis, profissionais do sexo, mulheres, gestantes, homens, homens que fazem sexo com homens, gays, população negra, homens e mulheres com mais de 50 anos, profissionais de salão de beleza e estúdios de tatuagem e profissionais de saúde.

A análise dos *releases* permitiu perceber que grande parte das campanhas apresenta uma motivação para desenvolver determinada temática. De modo geral, a justificativa para a escolha do tema e do público-alvo é pautada por dados epidemiológicos e estatísticos, pesquisas, entre outros, que apontam o crescimento da incidência da infecção pelo HIV na população em questão, destacando problemáticas de gênero, geração, território, sem, entretanto, na maioria das vezes, fazer referência às fontes consultadas.

Segundo Paiva (2002), programas governamentais e não-governamentais têm corretamente se dedicado a promover políticas não discriminatórias, para “todos”, ampliando a consciência de que a aids atinge igualmente a população. Contudo, como já foi discutido anteriormente, em se tratando da sexualidade, por exemplo, não é possível falar de “todos”, de uma maneira descontextualizada, sem considerar as particularidades em cada cena sexual, em cada esfera sócio-cultural. Ao adotar generalizações corre-se o risco de simplificar e/ou ignorar importantes especificidades, além de traduzir o público-alvo de certas ações como o indivíduo soronegativo, sinônimo de “todos”, que deve se proteger de alguém potencialmente soropositivo. Nesta medida, a diversidade, de acordo com a autora, torna-se um problema para quem pretende generalização de sugestões programáticas para qualquer contexto. Isto fica evidente quando se observa que os serviços de atenção continuam basicamente estruturados para dar conta dos fatores biomédicos e da educação centrada nas vias de infecção pelo HIV e na promoção dos instrumentos de proteção, como preservativos e seringas descartáveis, ou no controle clínico da infecção e da adesão ao tratamento. Ou seja, persiste o modelo limitado e já discutido da Medicina Preventivista. Pouco tem sido incorporada a compreensão já acumulada sobre os aspectos sócio-culturais das populações, que ampliam a vulnerabilidade do indivíduo ao HIV e ao adoecimento.

Com isso, percebe-se que, na perspectiva dos serviços, o termo cliente foi expressivamente incorporado pelos discursos das instituições de saúde. Vale lembrar que este termo designa um dos pólos de uma relação comercial e que, portanto, integra um discurso privatista de saúde. O Estado, entretanto, não possui clientes: a sua relação é com cidadãos. O cliente tem direitos de consumidor; o cidadão tem direitos de cidadania, tem direito à saúde (Araújo & Cardoso, 2007). No contexto do HIV/aids, cliente seria o indivíduo pensado apenas como aquele que:

[...] deve aprender a usar adequadamente os produtos (preservativos, *scripts* de sexo seguro, medicação) e conseguir realizar os comportamentos que devem ser treinados. O pressuposto, mesmo que inconsciente, é de que o produtor sabe o que é mais adequado e aceitável para “todos”, e age com a pressa e boa intenção de quem não quer correr o risco (público) de que o consumidor não realize o que se espera dele. E escolhe o meio (que funciona como “mídia”, “estratégia de marketing”) que trata de vender essa idéia, produto ou comportamento. (Paiva, 2002)

O indivíduo que não consegue ter acesso aos produtos incansavelmente ofertados e aos serviços disponibilizados, por questões de vulnerabilidade já discutidas, ou ainda por não desejar consumi-los, não realiza as propostas preventivas e fica fora do debate, sendo culpabilizado (Paiva, 2002). Vale destacar, segundo Paiva, Pupo e Barbosa (2006) que homens e mulheres poderão ou não realizar seus desejos e intenções nos limites de seus contextos sociais e culturais e de suas opções morais, para além do que a tecno-ciência poderá justificar e intervir. Dessa forma, não se pode perder de vista que a maior parte das ações preventivas poderá ter algum impacto, ou até mesmo nenhum, no plano cultural e simbólico do indivíduo e não, necessariamente, nas condutas individuais. Apenas quando se conseguir promover mudanças significativas, os programas de prevenção poderão realmente modificar atitudes e práticas, o que ainda levará um longo tempo de maturação.

Os desdobramentos da análise dos *releases*, no que se refere às posições de sujeito que estão reservadas para o público-alvo das campanhas, evidenciaram uma perspectiva de grande responsabilização do indivíduo na prevenção do HIV/aids, focada na centralidade do incentivo ao uso do preservativo masculino, como medida universal de combate à infecção, independente do público-alvo que se pretendeu atingir. Isso vai ao encontro, entretanto, da noção de cliente que prescreve ao indivíduo o consumo de produtos da prevenção e dita os comportamentos dele esperados. Para ilustrar tal perspectiva, pode-se destacar algumas campanhas como a do carnaval de 1999, destinada à mulheres das classes sociais C, D, E, entre 15 e 39 anos, em que a responsabilização do indivíduo aparece de forma muito direta no slogan “Viver sem aids só depende de você”. Na campanha do Dia Mundial em 1998, cujo slogan foi “A força da mudança: com os jovens em campanha contra a aids”, que teve por objetivo “[...] despertar o jovem para a seriedade e responsabilidade diante do problema, ao mesmo tempo em que convidava a sociedade a refletir sobre o seu enfrentamento”, torna-se evidente a responsabilização do jovem em idade sexualmente ativa, público-alvo principal, contando com a sua “força de mudança”. A campanha de “Adesão pessoas vivendo com HIV/Aids” (1999) também enfatiza a “responsabilidade individual do paciente” que faz uso de medicamentos. A campanha do Dia Mundial (2001), dirigida aos homens, pretendeu “esclarecer sua responsabilidade na dinâmica da epidemia”. No carnaval de 2008, para a campanha “Bom de cama é quem usa

camisinha”, direcionada ao jovem de ambos os sexos, o slogan da responsabilização não foi diferente: “Qual a sua atitude na Luta Contra a Aids?”

Já a campanha do Dia Mundial (2007) afirma aos jovens entre 14 e 24 anos que “Sua atitude tem muita força na luta contra a Aids”. É interessante que esta campanha traz como tema “o jovem e seu direito de exercer sua sexualidade e de usar o preservativo”, situando-o na esfera do cidadão, possuidor de direitos que o Estado deve garantir, e não apenas na condição de cliente-consumidor. Cabe questionar, entretanto, se para esse jovem, em meio a tantas prescrições comportamentais e vulnerabilidades existentes, o exercício da sexualidade e do uso do preservativo são direitos realmente garantidos.

A mesma questão aparece na campanha “Camisinha, um direito seu. Campanha direcionada às mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família” que traz de maneira bastante evidente a preocupação com a feminização da epidemia e a importância de articulações intersetoriais como medidas de intervenção, o que realmente parece ser uma estratégia interessante. Trata-se de uma ação que pretendeu atingir beneficiários do Bolsa Família, utilizando-se de duas mulheres pertencentes a este programa como sujeitos do discurso da prevenção, assim como uma atriz e cantora negra. Tais indivíduos colaboraram de maneira favorável para uma demarcação territorial, no que se refere à população de abrangência da campanha, como também destacam componentes importantes do público-alvo, como gênero, geração, classe social e raça. Porém, as ações de prevenção concentram-se na disponibilização e distribuição de preservativos masculinos, no sentido de facilitar o acesso, principalmente em virtude da situação de vulnerabilidade e pobreza dessas mulheres, bem como na orientação da população no que se refere à negociação com o parceiro do uso do preservativo e no incentivo de realização do teste de HIV.

Mais uma vez, a promoção do uso do preservativo masculino numa campanha voltada para o público feminino desconsidera que o contexto sócio-econômico dessas mulheres – que, segundo Paiva (2000), inclui o lugar e as condições de moradia, os recursos materiais e os serviços aos quais se tem acesso, que são fundamentais para definir as escolhas e proteger o indivíduo na atividade sexual, sendo parte indissociável de cada cena sexual – nem sempre favorece o mínimo de autonomia necessária para utilizar de práticas preventivas. É importante destacar que esta campanha também tem por finalidade “servir de ação mobilizadora para uma ação continuada de prevenção do

HIV/aids voltada para as beneficiárias do Bolsa Família”. Contudo, sabe-se que uma ação continuada não se sustenta apenas pelo incentivo ao uso e distribuição de preservativos masculinos para mulheres, mas sim a partir de um trabalho consistente e periódico de conscientização desta população sobre a doença, bem como a construção da representação da aids para este público.

A responsabilização do indivíduo é tamanha, que alguns *releases* transmitem ao público-alvo, principalmente homens, a idéia de que o importante, dentro da perspectiva governamental de prevenção ao HIV/aids, não é ser ou não “promíscuo” nas relações com o outro, mas fazer uso do preservativo masculino, mantendo, assim, uma “sexualidade higienizada”. É interessante lembrar como esse tipo de recomendação está intrinsecamente relacionado com a lógica da “promiscuidade” atribuída, num passado recente, aos modos de vida da população gay, fazendo com que a aids fosse inicialmente enunciada como uma doença de pessoas pertencentes a certos “grupos de risco”. Entretanto, percebe-se que atualmente é a perspectiva do “comportamento de risco” – colocando-se toda a evidência no fator risco – que se faz presente no discurso das campanhas, não deixando ser atravessada por enunciados de moralidade, transmitindo a idéia de que o que importa não é a orientação sexual do indivíduo e o modo ou a frequência como o sexo ocorre, mas sim, o fato de se prevenir, a qualquer custo, utilizando-se do preservativo masculino em todas as relações.

Pode-se citar como exemplos, a campanha destinada à população gay, que faz parte das ações do “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis” que destaca em seu slogan: “Faça o que quiser, mas faça com camisinha.” O objetivo é a “conscientização para a população gay”, com foco no “estímulo do uso do preservativo”; a campanha lançada para o Carnaval 2010, destinada à mulheres jovens e também a homens gays, tem como slogan “Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre.”, utilizando-se de uma “camisinha falante” que “alerta os jovens para o uso do preservativo” e “fala sobre as vantagens em se realizar o exame”; e a campanha do “Dia Mundial 2001” que traz como slogan “Não importa com quem você transa, não importa como”, que parece ser a primeira destinada aos homens, qualquer que seja sua orientação sexual, considerando a diversidade sexual masculina.

No texto é frisado o conceito de risco e o indivíduo é chamado a responsabilizar-se: “esta campanha visa levar o homem, qualquer que seja sua orientação sexual, a usar preservativo, se reconhecer em risco, reconhecer que coloca

outras pessoas em risco e esclarecer sua responsabilidade na dinâmica da epidemia”. Dessa forma, nota-se nestas campanhas ao mesmo tempo um discurso que considera a diversidade sexual, mas que também responsabiliza o indivíduo por precaver-se em suas práticas sexuais, através de enunciados de moralidade - “não importa com quem você transa, não importa como”; “faça o que quiser”; “só sexo mesmo” - mas, principalmente, da linguagem do risco.

Essa evidência faz pensar, a partir das contribuições de Paulo Vaz (2006), no artigo *Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na atualidade*, o quanto a emergência do conceito de risco, que orienta a concepção contemporânea de moralidade, substitui os mecanismos de normalização dos corpos, dos comportamentos e da vida. Percebe-se que é a partir da perspectiva do risco em saúde que estratégias de controle passam a ser exercidas na atualidade. Entretanto, o autor (2009), ressalta ser importante pensar a forma como a epidemiologia dos fatores de risco tem aparecido nos meios de comunicação, no que se refere à dimensão subjetiva do consumo de notícias sobre saúde:

Desejamos consumir notícias sobre fatores de risco contidos em nossos estilos de vida porque elas desdobram a possibilidade de nos tornarmos sujeitos. O futuro aparece como calculável e dependente de nossas ações sobre nosso ser, isto é, sobre a parte de nós mesmos que nos incitaria ao descuido e, assim, conduziria à doença e à mortes prematuras. O tempo que escoar em direção à morte afigura-se manejável e repleto de ocasiões significativas, aquelas em que haveria escolha, temor, esperança e arrependimento. Com o conceito de fator de risco tal como noticiado pela mídia, o sofrimento e a morte aparecem, ainda uma vez na história humana, na distância do evitável (Vaz, 2009).

Assim, cada vez mais as pessoas são alardeadas sobre a liberdade de opção e da escolhas para conduzirem a própria saúde, a própria vida, mediante a gestão das informações propagadas sobre os riscos estudados, medidos e nomeados (Vasconcellos-Silva et al., 2010). Portanto, os fatores de risco são sempre colocados de modo a antecipar os dois lados de uma decisão ao indivíduo; contudo, “é impossível prever não só o que irá acontecer, mas também o que iremos pensar no futuro resultante da nossa ação atual [...] haverá arrependimento ou por fazer ou por não fazer” (Vaz, 2006).

[...] o conceito de risco aplica-se a uma situação em que o indivíduo está diante da oportunidade de ter prazer e é incitado a considerar o

que ele pensará no futuro de sua escolha presente se porventura a ação tiver uma consequência negativa. A noção de risco quer que um indivíduo que não sofre se arrependa, não depois, mas antes de agir, e isso pela mera possibilidade de vir a sofrer. (Vaz, 2006, p. 54)

Por isso, pode-se inferir que, ao longo do período pesquisado, percebe-se que os *releases* das campanhas de prevenção vêm apresentando uma intensificação, mas, ao mesmo tempo, certa sofisticação na forma como o indivíduo é chamado a responsabilizar-se frente à epidemia. Enquanto uma das primeiras campanhas lançadas declara abertamente “Viver sem aids só depende de você”, percebe-se que as campanhas mais recentes trazem o apelo à responsabilização do indivíduo pela via do risco e também da culpabilização, como tentativa de, através da internalização da culpa, incitá-lo a responsabilizar-se por seus atos.

Novamente, pode-se citar como exemplo a campanha “Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre.”, do carnaval de 2010, que apresenta duas mensagens veiculadas em momentos distintos da ação: antes e depois do carnaval. No primeiro momento, a mensagem é de prevenção e mais uma vez voltada para o incentivo ao uso do preservativo. No segundo momento a mensagem é sobre o teste de aids, dirigida para aquele indivíduo que não se preveniu e que, portanto, não foi responsável. No vídeo da campanha “um jovem se revira na cama, sem conseguir dormir, como se estivesse incomodado”, de modo a incentivar a realização do teste à partir da culpabilização do indivíduo que não se preveniu.

A “Campanha de diagnóstico” de 2003, dirigida à população, também empregou este tipo de mensagem. Na tentativa de “sensibilizar a população para a importância do teste de diagnóstico do HIV”, lançou mão de dois filmetes, que mostram “algumas pessoas carregando pianos no meio da multidão. O instrumento musical significa o peso da dúvida de quem tem comportamento de risco e ainda não fez o teste de aids”. Percebe-se, assim, que o “peso da dúvida”, o “peso” de não saber a verdade, aparece como um caráter responsabilizante e pejorativo da campanha, representado por um piano sendo carregado nas costas, que vai além do apelo à responsabilização do indivíduo na prevenção da doença, mas utiliza-se da culpabilização deste, ao evidenciar a culpa como estratégia para a realização do teste.

Pode-se inferir que esse imperativo de “saber a verdade sobre si”, em relação a estar ou não infectado pelo HIV, implica modos de subjetivação e de produção de si

mesmo. Foucault (2009b) ao tratar acerca da produção da verdade sobre o sexo afirma que:

[...] o indivíduo, durante muito tempo, foi autenticado pela referência dos outros e pela manifestação de seu vínculo com outrem (família, lealdade, proteção); posteriormente passou a ser autenticado pelo discurso de verdade que era capaz de (ou obrigado a) ter sobre si mesmo. A confissão da verdade se inscreveu no cerne dos procedimentos de individualização pelo poder. (p. 67)

Pode-se entender, assim, o lugar privilegiado que o conhecimento científico (epidemiológico, médico, farmacêutico, laboratorial, etc.), aqui representado pela realização do teste, ocupa na relação que se estabelece entre subjetividade e verdade. Devemos, portanto, “[...] dizer o que somos, o que fazemos, o que recordamos e o que foi esquecido, o que escondemos e o que se oculta [...]” (Foucault, 2009b, p. 69). O discurso científico, em suas mais variadas modalidades de produção de verdades, é um dispositivo poderoso no que concerne à relação do indivíduo com sua constituição de sujeito no âmbito da aids, ainda que via culpabilização do indivíduo, por não saber sobre si mesmo.

Tem-se aqui mais um importante aspecto para discussão, que será detalhado como último tópico da análise das campanhas: as enunciações do viver com HIV/aids no discurso preventivo governamental.

As enunciações do viver com HIV/aids no discurso preventivo governamental: o vazio que se faz ver e que se faz falar

Como assinalado acima, em um dos *releases* analisados, a possibilidade de estar com HIV/aids, o peso dessa dúvida, é enunciado como um fardo – um piano pesado sendo carregado. A partir desta perspectiva acerca da doença, pode-se desmembrar algumas importantes considerações sobre o lugar designado para o viver com HIV/aids no discurso preventivo governamental.

A análise proposta pela presente pesquisa constatou, de modo geral, o quanto o sistema de saúde, no âmbito das campanhas de prevenção ao HIV/aids, não tem agregado um “valor positivo” ao fato do indivíduo possivelmente estar infectado. Isso é compreensível pelo fato da aids, enquanto doença que ainda não tem cura, trazer uma

série de deficiências e fragilidades ao organismo, podendo levar até à morte precoce do indivíduo, além da assistência e do tratamento aos portadores trazer elevados custos para o sistema público de saúde. Contudo, é importante lembrar que viver e conviver com o HIV/aids é a realidade de pelo menos 630 mil brasileiros e brasileiras, entre 15 e 49 anos de idade (Brasil, 2010a).

Constata-se, desse modo, que o foco das campanhas do Ministério da Saúde é a prevenção ao HIV/aids. Entretanto, não é a Prevenção Positiva de que se está a falar. Segundo Paiva (2009), a *Prevenção Positiva* tem sido proposta como uma das contribuições para a renovação da política brasileira de combate à aids . Entende-se por Prevenção Positiva, “a prevenção voltada para as pessoas que vivem com HIV/aids. A partir do tratamento, elas têm uma maior qualidade de vida, novas perspectivas, o desejo de relacionar-se afetivamente, trabalhar, estudar, ter filhos, enfim ter projetos de vida.”⁴⁴

A Prevenção Positiva, vista como uma estratégia de saúde individual e coletiva, enfatiza o direito de portadores do HIV a uma vida sexual saudável, acesso a estratégias de proteção de sua saúde sexual, como prevenção e tratamento das outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e a manutenção de boas condições de saúde geral, com o uso de anti-retrovirais, acesso a vacinas, prevenção e tratamento de infecções oportunistas, quando indicados, exames laboratoriais de controle e monitoramento da infecção pelo HIV e dos efeitos adversos de medicamentos, além de prevenção ou diagnóstico precoce de outras doenças associadas. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que procura evitar a transmissão do HIV, mantém os direitos à saúde e ao sexo seguro. (Barcellos, 2009, p. 14)

Passados alguns anos após a identificação do vírus e da acessibilidade do teste, começou-se a diferenciar a aids, os sintomas que ameaçam a vida do doente, da infecção pelo HIV, que pode manter-se assintomática. Assim, passou-se a falar em pessoa vivendo com HIV, portador do HIV ou, ainda, pessoa HIV positiva e, ao mesmo tempo, reprovou a palavra “aidético” ou “vítima” da aids (Paiva, 2000). A partir do aumento substantivo do conhecimento científico acerca do vírus, suas interações com o organismo, sua epidemiologia e seus determinantes sociais ao longo dos últimos 30 anos de epidemia (Ayres, 2002), sabe-se hoje que a infecção pelo HIV é muito mais que um “evento viral”, uma vez que o desafio de viver com aids encontra-se para além de controlar a infecção e seus efeitos (Paiva, 2009). Isso porque as pessoas que se

⁴⁴ De acordo com o *release* da campanha do Dia Mundial de Luta Contra a Aids, de 2006, em anexo.

descobrem portadoras do HIV passam a fazer parte de um complexo processo, que inclui a necessidade do autocuidado associada à responsabilidade compartilhada, de modo a evitar a infecção de outras pessoas (Barcellos, 2009).

De modo geral, historicamente, constata-se que a maior parte dos esforços de prevenção, tanto em termos de pesquisa quanto em termos práticos, tem como alvo a população em geral, muito mais propensa a não ser portadora do HIV (Barcellos, 2009). (Barcellos, 2009). Além disso, segundo Paiva (2009), percebe-se que muitos programas de prevenção da epidemia sequer mencionam as pessoas vivendo com HIV enquanto sujeitos da prevenção, “como se pertencessem a uma outra nação, sem direitos (à prevenção segundo suas necessidades)” (p. 42).

Mas, dentre as mais importantes transformações trazidas pela era dos antirretrovirais, um aspecto fundamental destaca-se para a tarefa da prevenção: a medida em que se avança na recuperação da saúde das pessoas vivendo com HIV/aids, reduzindo as limitações que acabavam por apartá-las da “população geral”, mais freqüentes e diversificadas tenderão a ser as interações entre esses grupos (Ayres, 2002). Por isso, é imprescindível, para o cenário atual da epidemia, “a renovação das práticas e a sensibilização de programas e profissionais para uma nação de **cidadãos positivos & negativos**”, o que poderá garantir a necessária continuidade entre prevenção e assistência e propiciar a integralidade, tão almejada pelo SUS (Paiva, 2009, p. 42). Cada vez mais, os espaços de tratamento devem ser pensados simultaneamente como espaços de prevenção.

Chamou positivamente a atenção o fato de alguns *releases* das campanhas governamentais analisados sensibilizarem a população para a realização do teste de diagnóstico do HIV e incentivarem a inclusão social das pessoas que vivem e convivem com a aids, no intuito de combater o preconceito e a discriminação aos portadores. Entretanto, constatou-se um enorme vazio no discurso preventivo das campanhas, no que se refere ao modo de levar a vida após a confirmação desse diagnóstico, principalmente no que se refere ao tratamento para essas pessoas. Questiona-se, nesse sentido, como fica o contexto da vulnerabilidade programática para aquele indivíduo que aceita fazer o teste e se descobre infectado - o que fazer com o que se sabe a partir de um resultado positivo do teste? Que condições programáticas são oferecidas às pessoas infectadas pelo HIV, uma vez que elas continuam desejando, fazendo sexo e possuindo direitos de cidadania como qualquer pessoa? E, ainda, de que forma seria

possível combater o preconceito e a discriminação às pessoas que vivem e convivem com aids, se estas não encontram-se inseridas no discurso das campanhas, a não ser quando são chamadas a responsabilizar-se frente à epidemia?

Por isso, ao planejar ações de prevenção ao HIV/aids, é fundamental que se compreenda o processo como um todo, incluindo também as pessoas que vivem e convivem com o HIV/aids, desde o diagnóstico até o tratamento. Deveria existir um processo de continuidade entre promoção, prevenção, assistência, reabilitação e reinserção social, que perpassa a incidência da epidemia e que necessita ser completo para haver êxito. É imprescindível que as ações de prevenção propostas estejam de acordo com as ações de assistência aos portadores da doença. Contudo, o que muitas vezes se observa são trabalhos desarticulados.

Percebe-se que as campanhas ao mesmo tempo em que tratam do combate ao preconceito e à discriminação, e estimulam a realização do teste diagnóstico, pouco inserem as pessoas soropositivas no discurso preventivo; quando inseridas, aparecem de maneira contraditória: ora carregando o “peso da dúvida” por seus comportamentos de risco antes de fazerem o teste, ora “retratadas por belas fotografias”, como na campanha “MEU NOME NÃO É AIDS”, que traz “histórias reais de pessoas vivendo com HIV e aids”.

O *release* da campanha “Dia Mundial 2009 - Viver com aids é possível. Com o preconceito não” ressalta que “quem vive com o HIV/aids pode trabalhar, estudar, praticar esportes, namorar e fazer sexo com camisinha, como todo mundo. É verdade que quem vive com o HIV/aids precisa se adaptar às rotinas de consultas e medicamentos. Mas o mais difícil de viver com o HIV/aids é ter que conviver com o preconceito.”. Essa modalidade de discurso contribui positivamente para reforçar que, segundo Paiva (2009), “[...] o “viver com AIDS”, portanto, não deve reduzir a pessoa assistida e apoiada ao “portador do vírus”, à “soropositividade” (p. 37). Contudo, existem limitações de várias ordens, inerentes às pessoas que vivem com HIV/aids, que não podem ser desconsideradas. Esse território comum demarcado – “como todo mundo”- na realidade não acontece, pois são muitos os entraves do viver com HIV/aids, para além da adaptação “às rotinas de consultas e medicamentos”, tal como a vivência da própria sexualidade. O *release* da mesma campanha também destaca que “apesar de as pessoas possuírem informações sobre as formas corretas de prevenção do HIV/aids, o preconceito e a discriminação às pessoas vivendo com o HIV/aids ainda é muito forte na

nossa sociedade”; isso porque muitas pessoas ainda não se vêem vulneráveis e estão mergulhadas na perspectiva de indivíduos soronegativos que devem se proteger de pessoas potencialmente soropositivas, conforme já apontado por Paiva (2002).

Sabe-se que as pessoas soropositivas sofrem demasiadamente com o impacto do processo de estigmatização e de discriminação experimentados em suas vidas cotidianas, especialmente na esfera da sexualidade, da vida amorosa e familiar, do trabalho, que repercutem diretamente no cuidado à saúde. Com isso, muitas dessas pessoas deixam de se proteger ou de realizar o teste anti-HIV, uma vez que não conseguem enxergar-se nas identidades sociais desvalorizadas associadas ao viver com HIV/aids (Paiva, 2009).

Hoje sabe-se que terapias de prevenção e de tratamento da aids são só uma questão de tempo. Até lá, há que criar meios na sociedade para que os soropositivos possam viver bem e integrados até que elas venham, para que novas imagens – mais positivas – sejam associadas a esta doença. Para os não-infectados, a prevenção é o melhor caminho, apesar da dificuldade em estabelecê-lo. (Soares, 2001, p. 89)

Outro vazio constatado no discurso das campanhas é o fato da aids, enquanto doença, não ter sido, de nenhuma forma, classificada e/ou caracterizada. Observou-se que o mesmo não ocorre em se tratando das hepatites virais, as quais são enunciadas como “doença grave”. Neste sentido, pesquisas apontam algumas especificidades no que se refere às hepatites virais no contexto da saúde pública no Brasil (Tura et al, 2008; Cruz, Shirassu & Martins, 2009). No âmbito global, informações da Organização Mundial de Saúde assinalam que cerca de dois bilhões de pessoas no mundo foram infectadas com o vírus e cerca de 350 milhões vivem com infecção crônica. Estima-se que 600 mil pessoas morrem a cada ano devido às conseqüências aguda ou crônica da hepatite B (WHO, 2008). O investimento da atenção às hepatites virais em saúde pública deve-se dentre outros aspectos por sua prevalência e incidência e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas (Brasil, 2005b). Trata-se de doença de notificação compulsória e com elevada prevalência, o que destaca a importância da vigilância epidemiológica na determinação do perfil das hepatites virais. Ainda que estudos destaquem que a notificação de hepatites ainda é bastante incompleta no país, haja vista a grande quantidade de dados epidemiológicos ignorados (Cruz, Shirassu & Martins, 2009).

Pesquisas apontam que a vacina contra a hepatite B é extremamente eficaz, não apresenta toxicidade e produz raros e pouco significativos efeitos colaterais (Ferreira & Silveira, 2004). Apesar das informações no portal⁴⁵ do Ministério da Saúde destacarem que a prevalência de hepatite B tem reduzido em países onde se implementa a vacinação, e que a vacina contra a hepatite B faz parte do calendário de vacinação da criança e do adolescente e está disponível nas salas de vacina do Sistema Único de Saúde (SUS), a vacinação não aparece como núcleo de sentido para enunciar estratégias de combate às hepatites virais do Ministério da Saúde. Aqui vale uma pertinente reflexão acerca do contexto de vulnerabilidade que define a distribuição das vacinas pelo sistema público de saúde brasileiro. Vale dizer que o foco da “Campanha de combate às Hepatites Virais” lançada em 2010 não era um segmento específico, mas sim, a população geral, fazendo referência no texto analisado expressões como “muitas pessoas” e “sociedade”. Talvez intencionalmente a vacinação não esteja pautada nesta campanha, considerando que, a distribuição gratuita nos serviços públicos de saúde é apenas para recém nascidos, crianças e adolescentes e que "a oferta dessa vacina estende-se também a outros grupos em situações de maior vulnerabilidade". O acesso à vacinação como política pública das problemáticas em saúde é determinado não apenas por parâmetros epidemiológicos.

Esta breve análise do núcleo de sentido “caracterização/classificação da doença”, que aparece como enunciado da gravidade da doença nesta campanha específica, mas não aparece nas de HIV/aids, demonstra os jogos discursivos que compõe esse material midiático. Apenas as hepatites têm em seu campo associado de enunciações a referência à gravidade da doença. Entretanto, o *release* materializa um jogo discursivo entre enunciados que articulam aspectos cognitivos “desconhecimento da doença e suas formas de transmissão” e aspectos territoriais “vivendo em um ambiente propício à contaminação” sem, contudo, enunciar a vacinação como serviço de prevenção e promoção em saúde. O foco da campanha, portanto, segue a ordem do discurso que desresponsabiliza o Estado de sua ação preventiva em grande escala populacional – considerando a gravidade das patologias – e atribui ao indivíduo – seja em aspectos cognitivos ou territoriais – a responsabilidade pelo diagnóstico tardio.

Como se poderia pensar, então, o papel do Estado na implementação de programas preventivos de saúde pública, que pudessem garantir a diminuição da

⁴⁵ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21920

vulnerabilidade programática em relação ao HIV/aids, sem que, para tanto, lançasse mão do autoritarismo e da imposição de ações compulsórias ou, ainda, de lógicas confessionais?⁴⁶ De que maneira se poderia consolidar políticas públicas e estratégias de prevenção ao HIV/aids sem tutelar os corpos, responsabilizar os indivíduos e discriminar pessoas? Como efetivamente fazer políticas de saúde, sem precisar “policiar” comportamentos, escolhas e desejos?

Paiva (2009), afirma que:

O objetivo das iniciativas para a redução da vulnerabilidade ao adoecimento, portanto, é abordar as pessoas compreendendo-as como sujeito de seu cotidiano e de direitos, para colaborar na decodificação de suas cenas e dos cenários social e programático de cada uma. Ou seja, em cada cena, compreender cada ato (fala, gesto, prática) como localizado em contextos – lugares, aparelhos sociais na comunidade, territórios, episódios, situações bipessoais ou de grupo – e seus sentidos construídos intersubjetiva e historicamente. Trata-se, então, de co-construir com as pessoas repertórios (conteúdos, novos scripts, reflexão) para sua emancipação psicossocial a partir da compreensão de situações povoadas por pessoas-sujeitos-de-direitos, abordá-las como sujeitos de seus projetos e cotidiano, sujeitos de duas dimensões da mesma intersubjetividade – a da pessoa em seu contexto e do contexto na pessoa [...]. (p. 39)

Considerando as diferentes abordagens para o enfrentamento da epidemia, como princípios, diretrizes e prioridades de ação, Miranda (2008) destaca que todos os atores engajados nessa luta possuem em comum o desejo de garantir direitos sociais de pessoas soropositivas e soronegativas. Para as primeiras, a luta implica o reconhecimento e a garantia do direito de uma vida digna, livre de preconceito e desigualdades. Para as segundas, significa o direito ao acesso à informação e aos meios de prevenção da doença. Nesta medida, o movimento de luta contra a aids atua em busca de transformações éticas, pautado por valores como dignidade, igualdade,

⁴⁶ Tal como a Medida Provisória 577, de 26 de dezembro de 2011, que institui a criação de um sistema nacional de cadastro, vigilância e acompanhamento das gestantes e puérperas para a prevenção da mortalidade materna. A crítica tem sido no sentido de que o Estado, a partir desse cadastramento compulsório, retrocede no contexto de garantia de direitos sexuais e reprodutivos, enquanto direitos humanos, uma vez que passará a tutelar estas mulheres através de dispositivo de vigilância de seus corpos, sobretudo, daquelas com menor poder aquisitivo. Para mais informações sobre este debate consultar a entrevista concedida por Sônia Correa, co-coordenadora do Sexuality Policy Watch, SPW, disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/sonia-correa-em-nome-do-maternalismo-toda-invasao-de-privacidade-e-permitida.html>

respeito à diferença, apresentando como principal estratégia o fortalecimento dos laços de solidariedade, o resgate da alteridade, a mobilização social e a participação cívica.

Segundo Galvão (2000), a aids possibilitou a ampliação do diálogo sobre as abordagens médico-terapêuticas no tocante a uma doença, demonstrando que aquilo que cada cultura classifica como crença, tabu, sexualidade, poder, saúde, estigma e religiosidade, pode, na verdade, determinar os caminhos da história natural de uma epidemia, como também ser responsável pelo desenvolvimento de uma diversidade de iniciativas, tidas como sem precedentes, no enfrentamento de uma doença. Assim, não há uma resposta para a aids dissociada do cenário social mais amplo. Se num primeiro momento da prevenção da epidemia pensava-se em dois principais paradigmas: o primeiro baseado na ação política e cultural; e o segundo na intervenção comportamental, que buscava ter uma precisão quase cirúrgica em sua ação e estava baseado em noções de saúde pública, algumas delas bastante estritas. Hoje, Ayres (2002) defende que os rumos da prevenção ao HIV/aids necessitam ser constantemente renovados e levados à novos cenários, sujeitos, experiências, tornando esta prática ainda mais complexa. Daí a necessidade de construção de uma cultura preventiva mais universalizada, sustentada, plural e versátil para todo o conjunto da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada nesta dissertação, sem dúvida, foi apenas o início de uma investigação que ainda se desdobrará em muitas reflexões e trabalhos futuros. Isso porque o campo de estudo sobre a prevenção do HIV/aids no Brasil apresenta-se como um desafio a ser sempre renovado, de modo a acompanhar a dinâmica e a complexidade das ações neste contexto.

As iniciativas de prevenção ao HIV/aids tratam, sobretudo, da preservação da vida, mas é importante considerar que a vida e a sua preservação, incluindo aí os processos de promoção de saúde e de prevenção de doenças, não têm o mesmo significado para todos. O direito ao acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, não garante a preservação da vida do indivíduo em sua integridade e singularidade. Torna-se necessário, portanto, reconhecer o diferente, ir ao encontro da pluralidade de possibilidades. Tem-se na perspectiva da interseccionalidade de fenômenos sociais uma importante ferramenta para atrelar de modo consistente os principais marcadores sociais como classe, gênero, geração, raça/etnia, território e sexualidade.

Os resultados desta pesquisa, entretanto, constataram que o discurso que compõem as campanhas de prevenção do Ministério da Saúde, por se utilizar demasiada e exclusivamente da estratégia de incentivo ao uso do preservativo masculino, responsabilizando e até mesmo culpabilizando os indivíduos no que se refere às medidas de prevenção e aos meios diagnósticos, acaba por ir de encontro à perspectiva de reconhecimento das especificidades de cada cenário e enredo sexual, ignorando a particularidade de cada contexto e dos fatores que contribuem para maior vulnerabilidade ao HIV/aids da população a que se pretende atingir. Ao empregar uma pedagogia propositiva, porém, imperativa, que incide sobre os corpos e comportamentos, de forma a estabelecer, principalmente, modos (im)possíveis de vivência da sexualidade, as ações acabam por desconsiderar a diversidade dos encontros e a plasticidade das relações sociais no âmbito da sexualidade, restringindo suas enunciações às práticas sexuais, resumidas a atos sexuais.

Neste sentido, até os dias de hoje, ainda que estudos tenham demonstrado a complexidade dos contextos de vulnerabilidade, quando se trata da prevenção do HIV/aids, o discurso das campanhas ainda direciona-se ao comportamento das pessoas

– ao estigmatizado “comportamentos de risco” através dos quais muitos indivíduos eram/são identificados. Contudo, esse modelo de “sexualidade higienizada”, preventiva-imperativa, que responsabiliza o indivíduo, não garante práticas preventivas autônomas se esses indivíduos não se identificam com tal discurso.

Sabe-se que toda produção de saber coloca o indivíduo em certa posição de sujeito e que a primeira forma de anular o outro – enquanto sujeito que possui um saber singular sobre o próprio desejo – é considerá-lo como um receptáculo vazio que se pretende preencher com alguma prática educativa. No contexto da prevenção ao HIV/aids é preciso considerar que o outro sempre tem algo a ensinar dentro de sua realidade. Ao chegar com protocolos enraizados e estanques, pouco se tem a fazer em termos de construção coletiva, de criação de saberes contra-hegemônicos para o cotidiano, e, assim, não se promove ações efetivamente emancipatórias ou que garantam a não violação de direitos sexuais e reprodutivos, enquanto direitos humanos. Daí a necessidade de repensar os modelos que até agora tem orientado as estratégias de prevenção e combate à epidemia.

As hipóteses lançadas por esta pesquisa de mestrado foram corroboradas na medida em que o discurso das campanhas, ao propor pedagogias da sexualidade e operar normalizando e naturalizando as relações entre os corpos, parece desconsiderar as fantasias, os desejos, os medos e as diferentes subjetividades envolvidas. Antes do incentivo compulsório ao uso exclusivo do preservativo masculino como (única) estratégia de experienciar um sexo seguro, deveria ser levada em consideração os diferentes lugares que este artefato ocupa nas mentalidades, criando-se contextos em que haja a demanda por seu uso, negociável entre os atores das diferentes cenas sexuais, e não a imposição imperativa como bem de consumo no âmbito da saúde. Para que ocorra esta demanda, deve existir uma compreensão prévia do contexto de cada desejo, pois sabemos que não são iguais para todas as pessoas. E essa demanda não se atende jogando informações “duras” sobre os indivíduos, tal como essa pedagogia do sexo que é apresentada.

Percebe-se, por isso, que o discurso preventivo não alcança a realidade ampla e complexa de um país como o nosso, com dimensões continentais e tantas diferenças regionais, mas fabrica a circulação dos corpos que pretende governar: antes na perspectiva da norma, da normalização de hábitos saudáveis e precavidos; hoje na esfera do risco, a partir da culpabilização de desejos desviantes. Para que o risco seja

minimizado, o Estado emprega a estratégia de responsabilização dos indivíduos. Assim, o Estado exerce o controle, mas eximi-se de sua responsabilidade na prevenção programática da epidemia, transmitindo para o indivíduo tal tarefa, fomentando, assim, uma lógica perversa de governamentalidade.

O presente estudo almejou, justamente, favorecer uma reflexão acerca da necessidade de reformulação dos dispositivos de poder/saber, tal como as campanhas governamentais, de modo a não mais prescrever, tutelar e, principalmente, policiar os corpos que se pretende governar no contexto da prevenção da epidemia. As ações de combate à propagação do HIV/aids necessitam que o Estado, através dos programas e serviços, possa não apenas lutar contra o preconceito, o estigma e à discriminação que pairam sobre este universo, mas compreender de maneira apurada as representações da aids no âmbito das coletividades e das dinâmicas individuais dos sujeitos. Disto decorre, portanto, a urgência em, ao tratar da prevenção, considerar a proposta da prevenção *positiva*, como uma das mais significativas práticas de renovação da política nacional de combate à epidemia, na tentativa de favorecer outro tipo de construção e, por consequência, outras modalidades discursivas, que viabilizem práticas preventivas de caráter governamental que não as de vigilância da sexualidade, de normalização das condutas ou de docilização dos corpos.

REFERÊNCIAS

Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (1998). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.

Araújo, I. S. de, & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Arouca, S. (2003). *O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Ayres, J. R. (2002, agosto). Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 6(11), 11-24. Recuperado em 20 de novembro, 2011, de SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

Ayres, J. R. (2010). Com a palavra, os debatedores. 19-20. In M. C. Pimenta, J. C. Raxach & V. Terto Jr. (Orgs.), *Anais do Seminário Prevenção das DSTs/AIDS: novos desafios*. Rio de Janeiro: ABIA.

Barbosa, R. H. S. (1993). AIDS, gênero e reprodução. *Estudos Feministas*, 1(2), 418-423.

Barbosa, R. M., & Perpétuo, I. H. O. (2009). *Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco*. 131-149. Recuperado em 02 de janeiro, 2012, de NEPAIDS (Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids): http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/?page_id=4954.

Barcellos, N. T. (2009). Prevenção positiva: aspectos clínicos. In J. C. Raxach, I. Maksud, C. Pimenta & V. Terto Jr. (Orgs.). *Prevenção positiva: estado da arte. Coleção ABIA. Políticas Públicas*; 8. Rio de Janeiro: ABIA. Recuperado em 02 de

novembro, 2011, de ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids): <http://www.abiaids.org.br/>

Barreira, D., Castilho, E. A., & Dhalia, C. B. C. (2000). A aids no Brasil situação atual e tendências. *Cadernos ABONG - Direitos humanos, cidadania e aids*. 28. São Paulo: Ed. Autores Associados. 13-28.

Birman, J. (2005). A physis da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 15 (suplemento). 11-16. Recuperado em 03 de abril, 2009, da SciElo (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

Birman, J. (2006). *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 253-276.

Brasil (2005a). *Saúde, Brasil*. Publicação do Ministério da Saúde. Edição nº 105, ISSN 1678-8494.

_____ (2005b). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Série Estudos, Pesquisas e Avaliação*, nº 12. Prevenção na rede. Fórum virtual sobre DST/aids. Relatório final.

_____ (2010a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Metas e compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids: UNGASS HIV/Aids - Resposta Brasileira 2008-2009, Relatório de Progresso do País*. Brasília.

_____ (2010b). Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: <http://www.aids.gov.br/>

_____ (2010c). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico – aids e DST*. Brasília. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/boletim_2010_pdf_14544.pdf.

Brito, I. (2010). Políticas de prevenção e estratégias adotadas no país. 9-18. In M. C. Pimenta, J. C. Raxach & V. Terto Jr. (Orgs.), *Anais do Seminário Prevenção das DSTs/AIDS: novos desafios*. Rio de Janeiro: ABIA.

Britzman, D. (2010). Curiosidade, sexualidade e currículo. 83-111. In G. L. Louro (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade (3ª ed.)*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.

Butler, J. (1998). Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo. *Cadernos Pagu*, 11, 11-42.

Butler, J. (2010). Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. 151-172. In G. L. Louro (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade (3ª ed.)*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.

Câmara, C. (2002). Articulações entre governo e sociedade civil: um diferencial na resposta brasileira à aids. *Impulso Revista de Ciências Sociais e Humanas*, Piracicaba, 13(32).

Câmara, C., & Lima, R. M. de. (2000). Histórico das ONGs/Aids e sua contribuição no campo das lutas sociais. In ABONG (Associação Brasileira De Organizações Não-Governamentais). *Direitos humanos, cidadania e aids*. 28, São Paulo: Autores Associados. 29-74.

Cruz, C. R. B., Shirassu, M. M., & Martins, W. P. (2009). Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo. *Arq. Gastroenterol.* [online]. 46(3). 225-229.

Deleuze, G. (1990) ¿Que és un dispositivo? In E. Balbier et al. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.

EngenderHealth, & Unfpa (Orgs.) (2008). *Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas*. Nova York: EngenderHealth. Brasília, DF: Unfpa.

Ferreira, C. T., & Silveira, T. R. da (2004). Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 7(4). 473-487.

Foucault, M. (2000). *Ditos e escritos*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____ (2003). *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____ (2005). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (2008). *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (2009a). *A arqueologia do saber (7ª ed.)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____ (2009b). *História da sexualidade I: a vontade de saber (19ª ed.)*. Rio de Janeiro: Graal.

_____ (2009c). *A ordem do discurso (18ª ed.)*. São Paulo: Loyola.

_____ (2010). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Galvão, J. (2000). *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo: Ed. 34.

_____ (2002). *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA.

Gonçalves, E. H. (2002). *Da gramática dos sonhos e da realidade – uma leitura bioética das campanhas educativas governamentais de prevenção do HIV/Aids e sua aplicabilidade às mulheres casadas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciência Saúde, Universidade de Brasília – UnB, Brasília.

Guimarães, C. D. (1996). "Mais merece!": o estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres. *Estudos feministas*. Florianópolis, 4(2). 295-318.

Hidelbrand, L. (1995). *Comunicação oficial brasileira sobre a AIDS: um percurso pelas linhas e entrelinhas da telinha da TV*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Jornal do Brasil. (1983a, 2 de junho). Brasil já registra 2 casos de “câncer-gay”. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro.

Jornal do Brasil. (1983b, 14 de julho). Aids já matou dois no Brasil. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro.

Knauth, D. R. (2002). Gravidez na adolescência em capitais brasileiras: aspectos metodológicos e resultados do estudo piloto. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 33-33.

López, L. C. (2011). Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/aids na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. *Saúde e Sociedade (USP)*, 20, 590-603.

Louro, G. L. (2010). Pedagogias da sexualidade. 7-34. In G. L. Louro (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade (3ª ed.)*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.

Maciel, A. Z. (2006). Jornalismo control c/ control v: uso do release na comunicação da informação on line. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação)- Departamento de Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília.

Madureira, V. S. F., & Trentini, M. (2008). Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(6). Recuperado em 02 de agosto, 2011, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

Marques, M. C. da C. (2002). Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 9(suppl. 0). Recuperado em 13 de abril, 2010, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

Mattos, R. A. de; Terto Jr., V., & Parker, R. (2001). As estratégias do banco mundial e a resposta à aids no Brasil. Coleção ABIA. Políticas públicas e aids, n. 1. Rio de Janeiro: ABIA.

Medeiros, P. F. de, & Guareschi, N. M. de F. (2008). A mídia como ferramenta de pesquisa: produção de saberes no cotidiano sobre a saúde das filhas deste solo. *Psicologia & Sociedade*. 20(n. spe.). Recuperado em 16 de novembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

Miranda, A. A. (2008). Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Oliveira, D. L. L. C., Meyer, D. E., Santos, L. H. S., & Wilhelms, D. M. (2004). A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes

comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1309-1318.

Oltramari, L. C., & Camargo, B. V. (2004). Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. *Psicologia Teoria e Prática*. 6(2), 75-87.

Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de aids*. São Paulo: Summus.

_____ (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ aids e o processo de emancipação psicossocial. *Interface*. 16(11). Recuperado em 12 de setembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

_____ (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicol. Estud.*, 13(4). Recuperado em 20 de agosto, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

_____ (2009). Prevenção Positiva? A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. *Coleção ABIA – Políticas Públicas*, n. 8. Rio de Janeiro: ABIA. Recuperado em 02 de novembro, 2011, de ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids): <http://www.abiaids.org.br/>

Paiva, V., Pupo, L. R., & Barboza, R. (2006). Direiro à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 40 (Supl). 109-119.

Parker, R. (2010). O estigma como barreira à prevenção do HIV. 23-29. In M. C. Pimenta, J. C. Raxach & V. Terto Jr. (Orgs.), *Anais do Seminário Prevenção das DSTs/AIDS: novos desafios*. Rio de Janeiro: ABIA.

Parker, R. G. (2000). *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo: Editora 34.

Parker, R., & Terto Jr., V. (2000). Apresentação. In R. M. Barbosa. HIV/aids, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres. *Coleção ABIA – Saúde sexual e reprodutiva*, n. 2. Rio de Janeiro: ABIA. Recuperado em 02 de novembro, 2011, de ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids): <http://www.abiaids.org.br/>

Pascual, A. (2008). Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HIV/aids no Brasil. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Pelúcio, L., & Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1. 125-157. Recuperado em 20 de setembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

Ratliff, E. A. (1999). Womem as 'sex workers', men as 'boyfriends': shifting identities in Philippine go-go bars and their significance in STD/AIDS control. *Antropology and medicine*, Chicago, 6, 79-101.

Rose, N. (2000). The biology of culpability: pathological identity and crime control in a biological culture. *Theoretical Criminology* 4; 5.

Salgado, G. B. (2009). Mídia, esfera pública e a questão da subjetividade. XIV Congresso Brasileiro de Sociologia. *GT Estado e Sociedade na Modernidade Atual*. Rio de Janeiro, RJ (28 a 31 de julho).

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis*. 17(1). Recuperado em 20 de setembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Variáveis associadas à adesão ao tratamento antiretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2305-2316.

Soares, R. de L. (2001). *Imagens veladas: aids, imprensa e linguagem*. São Paulo: Annablume.

Spink, M. J. (2009). *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.

Spink, M. J. P., Medrado, B., Menegon, V., Lyra, J. & Lima, H. (2001). A construção da AIDS-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 851-862.

Tambellini, A. T. (2003). Questões introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In S. Arouca. *O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventivista*. São Paulo: UNESP. Rio de Janeiro: FIORUZ.

Teixeira, A. M. F. B., Knauth, D. R., Fachel, J. M. G., & Leal, A. F. (2006, julho). Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1385-1396.

Teixeira, P. R. (1997). Políticas públicas em aids. In R. Parker (Org.). *Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ ABIA.

Terto Jr., V., & Pimenta, C. (2009). Apresentação. In J. C. Raxach, I. Maksud, C. Pimenta & V. Terto Jr. (Orgs.). *Prevenção positiva: estado da arte. Coleção ABIA. Políticas Públicas*; 8. Rio de Janeiro: ABIA. Recuperado em 02 de novembro, 2011, de ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids): <http://www.abiaids.org.br/>

Thompson, J. B. (2009). *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes.

Tura, L. F. R., Madeira, M. C., Silva, A. O., Gaze, R., & Carvalho, D. M. de (2008, abril-junho). Representações sociais de hepatites e profissionais de saúde: contribuições para um (re)pensar da formação. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 7(2):207-215.

UNAIDS (2010). Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa. Brasil. [DVD]. In *Coletânea Nações Unidas sobre HIV-Aids 2010*.

UNAIDS/ONUSIDA (2010). Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. *Plano operacional para a matriz de resultados do UNAIDS/ONUSIDA: focalizando mulheres, meninas, igualdade de gênero e HIV/VIH*. Versão em português: tradução e revisão: UNAIDS/ONUSIDA Brasil.

UNESCO. (2002). AIDS: o que pensam os jovens – políticas e práticas educativas. Cadernos UNESCO Brasil. *Série educação para a saúde*, 1. Brasília: UNESCO.

Vasconcellos-Silva, P. R., Castiel, L. D., Bagrichevsky, M., & Griep, R. H. (2010, agosto). As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 26(8), 1473-1482. Recuperado em 24 de outubro, 2010, de SciElo (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.

Vaz, P. R. G. (1997). O corpo-propriedade. In A. Fausto Netto & M. J. Pinto (Orgs.). *Mídia e Cultura*. Rio de Janeiro, Diadorim, 306-312.

Vaz, P. (2006, março). Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na atualidade. *Comunicação, mídia e consumo*. 3(6). 37-61.

Vaz, P. (2009, março). Mídia, moralidade e fatores de risco em saúde. Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3). 472-473. Recuperado em 16 de novembro, 2009, da SciElo (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br

Weeks, J. (2010). O corpo e a sexualidade. 35-82. In G. L. Louro (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade (3ª ed.)*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.

World Health Organization (WHO) (2008). Hepatitis B. Fact Sheet [serial on the Internet]. Recuperado em 22 de maio, 2011, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.