

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Programa de Pós-Graduação em Comunicação

Mestrado em Comunicação Social

Stéphanie Lyanie de Melo e Costa

**COMUNICAÇÃO, CAMPANHAS E BIOIDENTIDADES:  
DISCURSOS SOBRE O HIV ENTRE GOVERNOS, OSCS E SOROPOSITIVOS**

Juiz de Fora

2014

Stéphanie Lyanie de Melo e Costa

**Comunicação, campanhas e bioidentidades:  
discursos sobre o HIV entre governos, OSCs e soropositivos.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação, linha de pesquisa Comunicação e Identidades, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre

Orientador: Prof. Dr. Wedencley Alves Santana

Juiz de Fora

2014

Stéphanie Lyanie de Melo e Costa

**Comunicação, campanhas e bioidentidades:  
discursos sobre o HIV entre governos, OSCs e soropositivos.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação, linha de pesquisa Comunicação e Identidades, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Comunicação Social

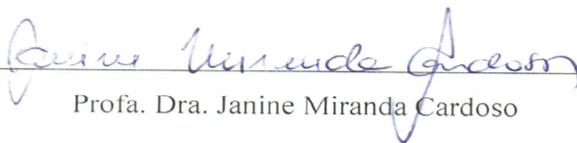
Aprovada em 24 de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Wedencley Alves Santana (Orientador)

Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dra. Janine Miranda Cardoso

Fundação Oswaldo Cruz – RJ



Profa. Dra. Christina Ferraz Musse

Universidade Federal de Juiz de Fora

## DEDICATÓRIA

Às vítimas do HIV/Aids - especialmente ao amigo Jorge, *in memoriam*,  
e a todos vivendo com HIV/Aids que, em algum momento, já se sentiram como ele:

*“Hoje, eu acordei e, quando me olhei no espelho, o que eu vi não chegava a ser propriamente um rosto, era antes o reflexo de uma situação difícil. Tipo o retrato de Cecília Meireles: eu não tinha essa cara assim. De modo que eu estava pronto para passar os próximos minutos apontando as falhas, desvendando as rugas, lembrando cada espinha que eu espremi (espinhos que eu engoli). Mas, decidi que hoje, não. Lembrei que é sábado, e sábado ninguém merece”.*

Façamos sábado todos os dias: carpe diem.



Vítimas da Aids (da direita para a esquerda, de cima para baixo): Betinho, Caio Fernando de Abreu, Cazusa, Chico Mário, Cláudia Magno, Herbert Daniel, Henfil, Michel Foucault, Freddie Mercury, Lauro Corona, Markito e Renato Russo.

## AGRADECIMENTOS

Não existe pesquisa solitária. Esta dissertação, apesar de levar apenas meu nome como assinatura, é fruto da contribuição de muitas pessoas e instituições, às quais agradeço imensamente.

Primeiramente, ao Movimento Gay de Minas (MGM), onde estagiei na época da graduação, entre 2006 e 2007. O MGM tem grande importância na minha formação profissional e acadêmica. A ideia desta pesquisa nasceu da experiência do trabalho e das relações pessoais vividas ali.

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), cujo auxílio financeiro viabilizou a oportunidade de eu cursar o mestrado, fazer a pesquisa e participar de eventos científicos importantes para a minha formação.

Aos entrevistados soropositivos, por terem aceitado participar da pesquisa contando suas impressões sobre a vida, mesmo sem nunca terem me visto antes. Sem vocês, grande parte deste trabalho não teria sido possível. Meus mais sinceros votos de felicidade!

Às pessoas e instituições que me ajudaram na difícil tarefa de conseguir entrevistados: Julio, Rolando, Raquel e Silvana (Grupo Casa); Marcelo, Flávia e Maria Augusta (CDDH – JF).

Ao professor Weden, quem foi fundamental para os rumos tomados por esta pesquisa. Mais que um orientador, foi um verdadeiro companheiro de pesquisa, atento a todos os passos, contribuindo para cada dificuldade encontrada. Foi quem me apresentou a maioria do referencial teórico desta dissertação: ao mundo da Comunicação & Saúde, à Análise de Discurso, às obras de Canguilhem, Foucault, Agamben... enfim. Mais do que orientar os artigos, foi um real coautor, e isso fez toda a diferença. Os outros alunos, com uma pontinha de inveja, diziam “Sorte a tua de ter ganhado o Weden como orientador!”. E ele foi isso mesmo: um presente, daqueles que você nem sabe como retribuir. Nosso compromisso formal encerra-se com a defesa desta dissertação, mas nossa parceria segue. Ainda vamos realizar muita coisa juntos.

A todos os outros orientandos do Weden, da graduação e do mestrado, com quem compartilhei leituras, impressões, questões de pesquisa e algumas horas muito agradáveis em bares.

À banca de qualificação (Prof. Dr. Paulo Roberto Figueira Leal e Profa. Dra. Christina Ferraz Musse), pelas valiosas contribuições a este trabalho.

À banca de defesa, que aceitou gentilmente o convite para avaliar esta pesquisa. Suas críticas e sugestões imprimirão meus trabalhos futuros também.

Aos amigos do PPGCom Pâmella, Gabi, Cícero, Raruza, Renata, Íris, Fran, Haydêe, Camilinha, Bárbara e Monique, com quem dividi ideias, vitórias, risadas, tarefas, desesperos, angústias, caronas...e até cama em hotel! Não ficar lembranças muito boas de vocês, sempre.

Aos professores e funcionários da Faculdade de Comunicação Social e do PPGCom da UFJF, pelos ensinamentos e pelo apoio.

Finalmente, mas não menos importante, à minha família (minha mãe, Fúlvia; meu pai, Valdemiro; minhas irmãs, Louise e Pâmela; e meu cunhado, Julião), por terem me apoiado nesta jornada. E ao meu amor, Edmar, que sempre soube o quanto eu queria fazer mestrado e me incentivou nisso. Comemorou comigo minhas primeiras publicações, aturou meus lamentos quando eu me deparava com as dificuldades práticas do fazer científico, emprestou-me dinheiro para que eu fosse a congressos, e suportou também minhas distrações e alienações, frutos de uma mente obsessiva que não parava de pensar na própria pesquisa (mil desculpas!). Amo muito todos vocês.

## **RESUMO**

Esta dissertação visa contribuir para a compreensão das resistências às campanhas de mobilização social à Aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana). Argumentamos que as pessoas, tratadas pelos elaboradores das campanhas como meros "público alvo" e "receptores" de mensagens especializadas, na verdade, produzem seus próprios discursos cotidianos sobre o corpo, a doença e a saúde, às vezes silenciados na esfera privada e nem sempre parafrásticos ao que "pode" ou "deve ser feito" para evitarem a (re)contaminação pelo HIV. Isso ocorre porque as instituições (governamentais ou civis) geralmente não reconhecem no discurso cotidiano qualquer saber que possa vir a contribuir para as campanhas. Partindo principalmente dos conceitos críticos de biopoder e biopolítica, conforme concebidos por Michel Foucault, e dos dispositivos analíticos da teoria dos discursos (escola franco-brasileira – Michel Pêcheux e Eni Orlandi), propõe-se descobrir como os discursos e saberes institucionalizados das campanhas de mobilização à Aids elaboradas entre 2009 e 2013 pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MG) e pelo Grupo Vhiver (uma organização da sociedade civil de MG voltada para a Aids) dialogam - ressoam, ressignificam ou denegam - com os discursos de soropositivos (coletados através de entrevistas individuais).

Palavras-chave: Comunicação. Saúde. Aids. Campanhas. Bioidentidades.

## **ABSTRACT**

This thesis aims to contribute to the understanding of resistances to social mobilization campaigns against Aids (Human Immunodeficiency Syndrome). We argue that people, treated by the campaigns' developers as mere "audience" and "receivers" of specialized messages, actually produce their own everyday discourses on the body, diseases and health, which sometimes are silenced in the private sphere and not always coincide with what "could" or "should be done" to prevent the (re)infection with HIV. This is because the government or civilian institutions generally do not recognize any knowledge in the everyday discourses that might contribute to campaigns. Especially under the critical concepts of biopower and biopolitics, as conceived by Michel Foucault, and the French-Brazilian strand of the Discourse Analysis (Michel Pêcheux and Eni Orlandi), we aim to discover how the institutionalized discourses and knowledge of the mobilization campaigns against Aids, developed between 2009 and 2013 by the Ministry of Health, the Department of Health of Minas Gerais (MG) and the Grupo Vhiver (a civil society organization on Aids from MG) dialogue - resonate, resignify or deny - with the discourses of seropositive people (collected through individual interviews).

Keywords: Communication. Health. Aids. Campaigns. Bioidentities.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA: Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids

Aids: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV: Antirretrovirais, remédios utilizados no tratamento da Aids

BA: Estado da Bahia (Brasil)

BM: Banco Mundial

CAMS: Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais

CIADAIDS: Comissão Intersetorial de Acompanhamento da Política de AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose, do CNS.

CNAIDS: Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DDAHV: Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais

DSTs: Doença(s) Sexualmente Transmissível(vel)(veis)

ENONG: Encontro Nacional de ONG-Aids

FGLATM: Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose e Malária

Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz

GAPA: Grupo de Apoio e Prevenção à Aids

Haart (sigla em inglês para *Highly Active Antiretroviral Therapy*): Terapia Antirretroviral Potente

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana. Esta sigla é um termo genérico que designa dois vírus semelhantes: HIV1 e HIV2, ambos transmitidos das mesmas maneiras.

HIV+: Pessoa soropositiva ao/infectada com HIV

HIV-: Pessoa soronegativa ao/não-infectada com HIV

HPV: Papiloma Vírus Humano

HSH: Homem(ns) que faz(em) sexo com homens

PAM: Plano(s) de Ações e Metas

PEP: Profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

LGBT: lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros

OSC: Organizaç(ão)(ões) da Sociedade Civil

OSC-Aids: Organizaç(ão)(ões) da Sociedade Civil voltada(s) para a questão do HIV/Aids

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPS: Organização Pan-Americana da Saúde

MG: Estado de Minas Gerais (Brasil)

MS: Ministério da Saúde

PVHA: Pessoa(s) vivendo com HIV/Aids

SC: sociedade civil

SES: Secretaria(s) de Estado de Saúde

SES-MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SUS: Sistema Único de Saúde

UDI: usuário(s) de drogas injetáveis

UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UNGASS-Aids: Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV/Aids

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. AIDS COMO QUESTÃO COMUNICACIONAL.....</b>	<b>9</b>
2.1 COMUNICAÇÃO & SAÚDE.....	12
2.2 PESQUISAS EM COMUNICAÇÃO & AIDS NO BRASIL.....	22
2.2.1 Cobertura jornalística da Aids.....	23
2.2.2 Campanhas comunicacionais públicas contra o HIV/AIDS do Ministério da Saúde.....	35
2.2.3 Campanhas comunicacionais contra o HIV/AIDS feitas por secretarias estaduais e municipais de saúde.....	56
2.2.4 Campanhas comunicacionais contra o HIV/AIDS feitas por organizações da sociedade civil.....	59
<b>3 SAÚDE E SOCIEDADE.....</b>	<b>65</b>
3.1 SAÚDE: CONCEITOS E DEFINIÇÕES.....	65
3.2 RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SAÚDE.....	72
3.2.1 A resposta do Estado brasileiro à Aids: histórico.....	79
3.2.2 A resposta do Estado brasileiro à Aids: conjuntura atual.....	89
3.3 DA BIOPOLÍTICA ÀS BIOSOCIALIDADES: A SOCIEDADE CIVIL BRASILEIRA NA RESPOSTA À AIDS.....	98
<b>4 DISCURSOS SOBRE A AIDS: O CASO DE MINAS GERAIS.....</b>	<b>114</b>
4.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS CAMPANHAS .....	121
4.1.1 Campanhas do Grupo Vhiver.....	121
4.1.1.1 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2009.....</i>	<i>121</i>
4.1.1.2 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2010.....</i>	<i>123</i>
4.1.1.3 <i>Campanha “Dois lados”, de 2011.....</i>	<i>125</i>
4.1.1.4 <i>Campanha “Diferenças”, de 2011.....</i>	<i>127</i>
4.1.1.5 <i>Campanha “Invisíveis”, de 2012.....</i>	<i>128</i>
4.1.1.6 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2012.....</i>	<i>130</i>
4.1.2 Campanhas do Ministério da Saúde.....	132

4.1.2.1 <i>Carnaval de 2009</i> .....	132
4.1.2.2 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2009</i> .....	135
4.1.2.3 <i>Carnaval de 2010</i> .....	136
4.1.2.4 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2010</i> .....	138
4.1.2.5 <i>Carnaval de 2011</i> .....	141
4.1.2.6 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2011</i> .....	143
4.1.2.7 <i>Carnaval de 2012</i> .....	145
4.1.2.8 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2012</i> .....	147
4.1.2.9 <i>Carnaval de 2013</i> .....	149
4.1.2.10 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2013</i> .....	152
4.1.3 Campanhas da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.....	153
4.1.3.1 <i>Carnaval de 2010</i> .....	153
4.1.3.2 <i>Carnaval de 2011</i> .....	155
4.1.3.3 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2011</i> .....	158
4.1.3.4 <i>Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2012</i> .....	162
4.1.3.5 <i>Carnaval de 2013</i> .....	163
4.1.4 Síntese da análise sobre as campanhas.....	166
4.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS DOS SOROPOSITIVOS.....	168
4.2.1 Outros discursos em cena: as entrevistas com J. e G.....	180
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	192
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	197
<b>APÊNDICE: ENTREVISTAS COM SOROPOSITIVOS</b> .....	205
<b>ANEXOS</b> .....	205
1 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFJF.....	205
2 CAMPANHAS DE OUTRAS OSC-AIDS.....	205
3 OUTRAS CAMPANHAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	205
4 CAMPANHAS ANALISADAS.....	205

## 1. INTRODUÇÃO

A ideia desta pesquisa surgiu no final da minha graduação, em 2008. Eu trabalhava como estagiária em uma ONG-Aids (organização não-governamental para a Aids) na área de assessoria de comunicação, elaborando com meu chefe conteúdos jornalísticos de prevenção às DST/Aids (doenças sexualmente transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Foi quando ele contraiu o HIV (vírus da imunodeficiência humana). Nem ele mesmo seguia as recomendações do “sexo seguro” que tanto pregávamos em nossas mensagens. Envergonhado e com medo, ele não nos revelou sua soropositividade, mesmo sabendo que ali nós o apoiaríamos com todo o carinho e o *know-how* de que a ONG dispunha. Preferiu demitir-se e voltar a morar com a mãe, em sua cidade natal. Não quis lutar pela vida: entregou-se aos efeitos do vírus no corpo e não quis seguir a recomendação das campanhas de que se tratasse com os medicamentos antirretrovirais. Morreu aos 24 anos, poucos meses depois do diagnóstico - ocasião em que a família permitiu-se revelar aos amigos o seu status sorológico. Passados quase cinco anos deste triste acontecimento, disponho agora da distância necessária a um pesquisador para avaliá-lo. Histórias como a do meu chefe repetem-se todos os dias pelo mundo. Foi com o intuito de entender as resistências às campanhas de mobilização social à Aids que elaborei esta dissertação.

Seja entre indivíduos ricos e pobres, seja entre nações desenvolvidas e subdesenvolvidas, cotidianamente ocorrem novos casos de contaminações por HIV e de Aids. Registros do governo brasileiro apontam que o vírus espalhou-se por todas as classes sociais e por todo o território nacional, atingindo cidades e zonas rurais. As nações entraram na quarta década da Aids com o desafio de cumprir o sexto objetivo do milênio<sup>1</sup>: até 2015, ter detido a propagação do HIV/Aids e garantido o acesso universal ao tratamento.

Nesse sentido, muitos governos, em parceria com organizações da sociedade civil (OSCs) – dos quais o Brasil é um grande exemplo –, investiram ao longo dos anos na distribuição gratuita de preservativos à população e na sua garantia de acesso a informações sobre DSTs, com especial contribuição da Comunicação nessa tarefa.

Nos anos 1990, o Brasil intensificou a realização de campanhas públicas de mobilização social contra o HIV/Aids. Nestas três décadas, há uma preocupação contínua em

---

<sup>1</sup> Os Oito Objetivos do Milênio (também conhecidos no Brasil por “Oito Jeitos de Mudar o Mundo”) foram traçados pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000. Conheça-os através da página oficial [www.objetivosdomilenio.org.br](http://www.objetivosdomilenio.org.br). Acesso em 03 fev 2012.

se aprimorar o discurso da prevenção, variando o enfoque, ano a ano, para grupos sociais específicos que, por meio de levantamentos epidemiológicos, estejam em situação de maior vulnerabilidade. Assim, se o boletim epidemiológico sobre o HIV/Aids obtém a conclusão de que jovens do sexo feminino apresentam maior nível de contaminação, é a estas que, prioritariamente, a campanha do ano seguinte dirigir-se-á, sendo veiculada em duas épocas do ano principais: carnaval e dia mundial de luta contra a Aids. O sucesso da campanha é medido segundo os dados do próximo boletim epidemiológico anual. Com algumas exceções, esta tem sido a tônica - o que parece, sem dúvida, acertado do ponto de vista das estratégias de comunicação institucional para a saúde.

Porém, tais campanhas parecem não surtir os efeitos esperados: mesmo informadas, as pessoas continuam adotando comportamentos sexuais ditos “de risco” pelos especialistas em saúde – inclusive as já contaminadas. Pesquisas feitas por diferentes países e com PVHAs (pessoas vivendo com HIV/Aids) dos mais variados perfis sociodemográficos mostram em seus resultados a resistência dos soropositivos aos discursos proferidos pelas organizações das mais diversas ordens (desde Ministérios da Saúde a OSCs) sobre a doença Aids e o cuidado de si. Para ilustrar, vamos citar algumas delas.

Hoje, estudos científicos mostram que os medicamentos antirretrovirais administrados aos soropositivos também são aliados na prevenção de novas contaminações, pois têm o poder de reduzir a carga viral do paciente até níveis indetectáveis e, assim, o potencial de transmissão do HIV. Na Austrália, descobriu-se que muitos soropositivos não querem se submeter ao tratamento devido a rumores sobre os sérios efeitos colaterais dos antigos remédios - hoje, aparentemente atenuados por novas medicações – mesmo sabendo que não se tratar pode significar-lhes a morte (DAVEY, 2012). Tal fato levou a 10% de diminuição na detecção de infecções ao HIV e a 30% de soropositivos sem tratamento naquele país. O assunto está tão preocupante que a Associação Nacional de PVHAs de lá lançou uma campanha nacional para tentar mudar esse comportamento dos soropositivos.

Outra pesquisa feita pela Universidade de Michigan (KONG, 2012) com 7034 soropositivos, dos quais 66% eram afro-americanos, mostra que só 30% deste grupo aderiram de forma satisfatória ao tratamento da Aids, em comparação com 40% dos outros indivíduos pesquisados (não afro-americanos). Segundo um dos pesquisadores, Rajesh Balkrishnan, não está exatamente claro por que afro-americanos aderem menos à terapia, mas estudos passados

mostram que eles têm menos acesso à saúde, menos confiança nos prestadores de cuidados de saúde e são mais propensos a adiar o tratamento que os pacientes brancos (BAILEY, 2012).

Já no Brasil, Ivya Maksud (2007) realizou uma pesquisa com 13 casais heterossexuais sorodiscordantes (em que um tem o HIV e o outro não) e descobriu que nem sempre eles optam por relações sexuais com preservativo. Dentre os motivos apontados, está o amor (“gostar tanto que não liga para o que o outro tiver”), o fato de que o preservativo incomoda, tira a sensibilidade e o conforto, e a falta de esclarecimento acerca da transmissão (como “homem não pega de mulher”). Segundo a pesquisadora, há um distanciamento entre a população e as informações de tratamento e prevenção à Aids oferecidas pelo Ministério da Saúde e por outras organizações. Além disso, o estudo evidenciou que os preceitos da saúde pública sobre o risco presente no exercício da sexualidade são continuamente negociados. “Tal processo não é percebido da mesma forma pelos parceiros, produzindo tensões e dilemas no casal e no relacionamento com familiares e rede de sociabilidade” (MAKSUD, 2007, p. 04).

Uma pesquisa realizada no Programa de Controle de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora - Minas Gerais (FERNANDES et al, 2013) descobriu que, em nove meses, 17,6% dos pacientes com HIV abandonaram o tratamento. Um dos motivos apontados foi a alta expectativa de vida dessas pessoas, que acaba dando-lhes a falsa ideia de que não é mais necessário fazer o acompanhamento médico. Cerca de 250 pacientes foram ouvidos no estudo, entre 2011 e 2012.

Daí nossa questão inquietante: se as estratégias de campanha parecem atender ao que se configura como modelo de comunicação pública, adotada amplamente em todo o mundo, o que faz com que, de tão massificadas, ainda encontrem como realidade a ascensão dos níveis de contaminação em certos grupos sociais? A própria lógica da ênfase naquele grupo que apresentou algum grau de elevação de casos de contaminação (segundo os boletins epidemiológicos) mostra o quanto parecemos estar diante de um trabalho de Sísifo.

Nossa preocupação é estimular o debate acerca destas campanhas, com uma pergunta que parece simples, mas que pode ter grandes consequências: se a comunicação é, antes, prática de linguagem, e prática de linguagem é, antes, produção de sentido, será que os discursos das campanhas são lidos e compreendidos da forma com que seus elaboradores desejavam? Acreditamos estar havendo um vácuo de sentido - uma dissonância - entre os discursos cotidianos sobre o corpo, a doença e a saúde e os discursos e saberes

institucionalizados que compõem as campanhas. Portanto, a questão que move esta pesquisa é comunicacional e discursiva.

Tratadas como meros “público alvo” e “receptores” de uma comunicação especializada feita pelos elaboradores das campanhas, na verdade, as pessoas produzem seus próprios discursos cotidianos sobre o corpo, a doença e a saúde - o que geralmente é ignorado pelas instituições, por aquelas não falarem, na maioria das vezes, a partir de discursos e saberes reconhecidos como legítimos.

Nesse sentido, esta pesquisa aponta para a necessidade da compreensão dos discursos cotidianos das PVHAs sobre o corpo, a doença e a saúde, e como estes dialogam (ressoam, ressignificam ou denegam) com os discursos e saberes institucionalizados das organizações elaboradoras das campanhas de mobilização social à Aids. Visamos contribuir para a redução das dissonâncias entre as mensagens e seus “sujeitos-alvo” e aprimorar as relações de interlocução entre esses dois grupos da sociedade.

Nesta dissertação, analisamos discursivamente as campanhas de mobilização social à Aids veiculadas em Minas Gerais entre 2009 e 2013 e elaboradas pelo Governo federal brasileiro (precipuamente, o MS - Ministério da Saúde), pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) e pelo Grupo Vhiver, uma organização da sociedade civil (OSC) voltada para a Aids. Nossa escolha justifica-se pelo fato de que a maioria dos estudos realizados debruça-se sobre as campanhas do Governo federal, sendo as SES e as OSCs pouco estudadas pelos pesquisadores – ainda que a luta contra a Aids no Brasil e em Minas Gerais seja marcada fortemente pela contribuição delas. Circunscrevemos nossa investigação a MG por motivo similar: nosso estado é ainda pouco explorado no campo da Comunicação & Saúde.

Escolhemos entrevistar indivíduos soropositivos ao HIV, pois este grupo já foi resistente às mensagens das campanhas uma vez e, agora, sua vida está mais em risco ainda quando não se previnem (pois há o risco de recontaminação, e os medicamentos antirretrovirais não são muito eficientes para dois tipos de HIV<sup>2</sup> no organismo) e quando não se submetem ao tratamento. Acreditamos que, se conseguirmos compreender os discursos que pontuam as resistências desse grupo, poderemos entender mais facilmente as resistências dos outros sujeitos em sociedade.

---

<sup>2</sup> Existem dois tipos de vírus que causam a Aids: o HIV-1 e o HIV-2. Este último praticamente restringe-se ao continente africano. O tipo 1, entretanto, prevalece no resto do mundo e divide-se em vários grupos, sendo os principais M, N, O e P. Estes grupos, por sua vez, também se dividem em diferentes subtipos. Há ainda as formas recombinantes do vírus, correspondentes à mistura de dois subtipos.

Adotamos como referencial teórico e metodológico de escuta e análise a teoria franco-brasileira dos discursos (Michel Pêcheux e Eni Orlandi), que busca compreender nas falas e nas leituras de cada indivíduo e de cada instituição suas posições-sujeito, correspondentes a formações discursivas, aqui cartografadas, tanto no material das campanhas quanto nos textos-depoimentos dos soropositivos entrevistados.

A pesquisa tem como objetivo geral contribuir para o aprimoramento das relações de interlocução entre soropositivos (sujeitos de discursos cotidianos) e agentes responsáveis pela elaboração e execução de campanhas de mobilização social à Aids.

Como objetivos específicos, temos: 1) compreender a diversidade de “gestos de interpretação” (conceito de Eni Orlandi) sobre o corpo, a sexualidade, a saúde e a doença, próprios aos discursos cotidianos - o que pode contribuir para campanhas de comunicação pública e institucional para a saúde; 2) descobrir quais discursos atravessam as campanhas de mobilização social à Aids, elaboradas pelo MS, pela SES-MG e pelo Grupo Vhiver, sempre partindo de peças de campanhas comunicacionais; 3) empreender a escuta de soropositivos, com fins de reconhecê-los como sujeitos de discursos sobre o corpo, a doença e a sexualidade, visando a redução de dissonâncias entre os sentidos institucionalizados e os sentidos cotidianos.

Nossa pesquisa parte de duas hipóteses. A primeira de que há (em alguns momentos, pelo menos) dissonâncias entre os sentidos produzidos oficialmente (presentes nas campanhas) sobre o HIV, a Aids e o cuidado de si e aqueles produzidos pelas pessoas, nas ruas, em suas vidas. A segunda hipótese é de que estas dissonâncias estabelecem-se por alguma resistência, visto que os discursos oficiais podem estar sendo identificados, ainda que inconscientemente, como discursos do poder – poder sobre os corpos, sobre os desejos.

Portanto, partimos nesta investigação de três pressupostos de pesquisa: 1) há discursos não compreendidos sobre a doença, a saúde e o próprio HIV que precisam ser identificados, se quisermos aprimorar a comunicabilidade entre os “sujeitos-alvo” das campanhas e os agentes sociais interessados na mobilização social à Aids; 2) os processos de identificação com estas campanhas e com a própria condição de “infectado”, quando for o caso, são complexos e transcendem as estratificações sociais (por idade, condição socioeconômica, gênero) comuns às elaborações tradicionais de agências de propaganda e agentes sociais; 3) não é possível compreender as campanhas fora do contexto das biopolíticas (conceito de Michel Foucault, que abordaremos melhor no terceiro capítulo) e que elas também suscitarão

resistências, não somente entre os não-infectados como também entre aqueles que já adquiriram o vírus.

Não se pode negar que há uma tentativa constante do Estado e dos agentes de saúde (aí incluídas as OSCs também) de se aproximar da sociedade e trazer para as campanhas de saúde outros interlocutores. É o que ficou aparente na redação final do relatório da XII Conferência Nacional de Saúde<sup>3</sup> (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), em que se reafirma a comunicação e a informação como bases fundamentais para a conquista da integralidade da saúde e do cuidado no país. Em três parágrafos, esta preocupação aparece explicitamente (grifos nossos):

**6.** As iniciativas nas áreas de informação, educação e comunicação em saúde devem respeitar as características regionais, étnicas e culturais e as possibilidades de acesso a tecnologias *por parte das entidades e movimentos sociais*, buscando a universalidade da comunicação, *garantindo a pluralidade de expressão e a imparcialidade*. As ações e os materiais produzidos devem ter claros os seus objetivos, âmbitos de distribuição e as formas de avaliação dos resultados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 163).

**68.** Assegurar participação tripartite nos conselhos de comunicação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, criando conselhos de comunicação em todos os municípios, *com participação popular* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 174).

**70.** Articular ações entre a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, os ministérios da Saúde, das Comunicações, da Cultura e da Educação para estabelecer *uma política de comunicação e informação alternativa para a saúde* orientada para jornais, televisões e rádios comunitárias, levando-se em conta as informações dos Conselhos de Saúde das três esferas de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 174).

E no item Educação e Educação Popular em Saúde (grifos nossos):

**87.** *Efetivar e valorizar a educação permanente em saúde, formal e popular, em escolas, igrejas, locais de trabalho e comunidade em geral, articulando estratégias de educação a uma política de informação e comunicação permanente e continuada* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 176).

Logo, a XII Conferência Nacional de Saúde compreendeu que qualquer gesto de integração da população às políticas públicas de saúde e aos saberes institucionalizados deve levar em conta um diálogo constante com os movimentos sociais e as instituições da sociedade civil, com especial atenção para as populações em estado de precariedade e em pequenos municípios, incluindo os localizados em áreas rurais. O relatório fala em troca de experiências, e sugere redes de envolvimento da população nas decisões e no

---

<sup>3</sup> Cabe ressaltarmos aqui que, apesar de usarmos como referência este documento oficial - assim como outros ao longo desta dissertação -, não pretendemos negligenciar que eles são a redação final sobre debates em encontros e reuniões, nos quais a pluralidade de vozes, opiniões e entendimentos sobre as questões discutidas certamente não se refletem inteiramente nos documentos finais elaborados.

acompanhamento da execução das campanhas e atividades de iniciativas do SUS (Sistema Único de Saúde).

No entanto, falta compreender que, além dos discursos instituídos junto aos movimentos sociais, às escolas, às igrejas, aos postos de saúde, etc., há ainda as vozes dispersas que não estão necessariamente abarcadas por estas organizações. Esta lacuna tampouco foi compensada no relatório das conferências seguintes.

Assim, esta pesquisa visa também contribuir para o cumprimento das metas em saúde estabelecidas pelas Conferências Nacionais ao contemplar aquilo que por elas não foi enxergado, mas cuja existência interfere diretamente nos resultados de mobilização social que se pretende alcançar: os discursos das próprias PVHAs sobre o corpo, a saúde e a doença. Além disso, aceitar a comunidade como “*porta-voz essencial* em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar” - como tão bem escrito na Carta de Ottawa<sup>4</sup> (OPAS/OMS, 1986, p. 5, grifos nossos) - e promover a participação comunitária na saúde - tida como compromisso assumido por Estados em conferências internacionais e em programas de governo - implica à Comunicação reconhecer e investigar os mecanismos discursivos pelos quais se impõem ou se questionam certas “verdades” e saberes relacionados à saúde.

Esta dissertação enquadra-se na linha de pesquisa Comunicação & Identidades do PPGCom-UFJF e foi desenvolvida junto ao grupo de pesquisa Sensus - Comunicação e Discursos, no âmbito do projeto “Discursos na mídia sobre o bem e o mal estar”.

Ela está dividida em três capítulos principais. O primeiro deles (2. Aids como questão comunicacional) visa demonstrar em que medida a Aids constitui-se em objeto de investigação à Comunicação. Igualmente, abordamos o campo da Comunicação & Saúde, traçando um histórico sobre como a Comunicação tem sido entendida e empregada na resolução de problemas e implementação de políticas públicas na área da Saúde, principalmente através das campanhas. Ademais, apresentamos o estado da arte das pesquisas mais recentes que envolvem Comunicação & Aids no Brasil nas seguintes temáticas: 1) cobertura jornalística da Aids; e 2) campanhas de prevenção ao HIV feitas pelo Ministério da Saúde (MS); 3) por secretarias estaduais e municipais de saúde e 4) por organizações da sociedade civil.

No capítulo seguinte (3. Saúde e Sociedade), mostramos como as sociedades modernas e contemporâneas definiram a saúde e a doença, o normal e o patológico,

---

<sup>4</sup> A Carta de Ottawa foi assinada por 38 países, incluindo o Brasil, em 1986. Abordaremos mais amplamente a importância deste documento no segundo capítulo desta dissertação.

instituindo uma nova forma de poder (o biopoder) sobre os corpos dos indivíduos e das populações, exercido principalmente através de políticas de Estado (as biopolíticas). Argumentamos que as campanhas de mobilização à Aids funcionam como dispositivos desse biopoder e suscitam resistências por parte dos sujeitos em sociedade. Ademais, demonstramos como o biopoder contribuiu para a formação de bioidentidades e biossocialidades. Para tanto, trazemos autores como Georges Canguilhem, Michel Foucault, Giorgio Agamben, Sérgio Arouca, Naomar de Almeida Filho, Jean-Jacques Courtine, Frédérick Keck, Paul Rabinow, Anne Marie Moulin, Anne-Marie Sohn, Susan Sontag, dentre outros. Apresentamos, ainda, um breve histórico sobre a resposta brasileira à Aids, construída pelo Estado por meio também de reivindicações da sociedade civil, organizada em torno de bioidentidades, ora questionando o biopoder, ora reforçando-o.

Em seguida (4. Discursos sobre a Aids: o caso de Minas Gerais), explicamos a metodologia de análise e coleta das campanhas e das entrevistas com soropositivos e, finalmente, dedicamo-nos à sua análise discursiva, apresentando suas aproximações e afastamentos.

## 2. AIDS COMO QUESTÃO COMUNICACIONAL

A Aids tem representado, desde o seu advento, um grande desafio à medicina. Inicialmente mortal, para ela foram destinados financiamentos vultosos a fim de apoiar pesquisas sobre formas de testagem e terapias. Hoje, ela é tida como uma doença crônica, incurável, mas passível de tratamento, que dá ao seu portador uma certa qualidade de vida. Atualmente, os financiamentos são, principalmente, para o aprimoramento das técnicas de prevenção, da terapia e para a busca de uma vacina. É comum ouvir em congressos sobre a Aids que dispomos de todos os métodos biomédicos para combatê-la. Na sua forma de transmissão sexual, por exemplo, bastaria que as pessoas utilizassem adequadamente o preservativo. Entretanto, elas resistem a aderir às técnicas de prevenção inventadas.

Atualmente, alguns desafios da Aids ao saber médico são: a adesão satisfatória dos pacientes ao tratamento, capaz de diminuir a transmissibilidade do HIV (são três ou mais medicações, que devem ser tomadas diariamente em horários regulares); os efeitos colaterais destas medicações<sup>5</sup>, que diminuem a adesão; o acometimento precoce ao paciente de Aids de doenças mais prevalentes entre pessoas idosas (como cânceres, problemas neurológicos e cardíacos); o surgimento de cepas de HIV mais resistentes (consequência, também, da terapia); as coinfeções (como a hepatite e a tuberculose); a criação de outras alternativas biomédicas de prevenção (como uma vacina e géis microbicidas) e a resistência da população em geral ao uso do preservativo.

Sobre este último aspecto, é notável que, com o advento da terapia, as pessoas (principalmente os jovens) passaram a se sentir menos vulneráveis ao HIV, assumindo comportamentos ditos “de risco” pelos especialistas em saúde. Atualmente, uma dessas práticas tem ganhado alerta especial: o *barebacking* (literalmente, “cavalgar em pelo”). Ela correspondia, inicialmente, ao sexo anal entre HSH (homens que fazem sexo com homens) sem uso de preservativo. Dentre os seus variados perfis de praticantes, há um grupo específico que busca, conscientemente, a infecção por HIV, composto pelos *bug chasers* (que buscam adquirir o vírus) e os *gift givers* (soropositivos que o ofertam). Entretanto, alguns textos da literatura médica internacional passaram a ressignificar o *barebacking* como qualquer prática sexual desprotegida e, portanto, com o intuito de adquirir o HIV. Dessa forma, todo e

---

<sup>5</sup> Os efeitos colaterais estão sendo constantemente atenuados pelos avanços nas medicações, mas ainda existem: lipodistrofia, diabetes, colesterol alto, danos ao fígado e aos rins, osteoporose, alterações neuropsiquiátricas e sintomas gastrointestinais. Fonte: Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais ([www.aids.gov.br/pagina/efeitos-colaterais](http://www.aids.gov.br/pagina/efeitos-colaterais)). Acesso em 12 mar 2012.

qualquer indivíduo que não transe com camisinha, não importam os motivos, é considerado um *barebacker* e alguém que busca se infectar por HIV, segundo esta literatura médica<sup>6</sup>. No entanto, os sentidos atribuídos ao *barebacking* e os tipos de praticantes são bastante variados, não havendo entre eles sequer o consenso sobre ao que corresponderia de fato a prática<sup>7</sup> (SILVA, 2008).

Independentemente dos vários sentidos atribuídos ao *barebacking*, ele vem ilustrar que, se antes as pessoas infectadas com HIV morriam rapidamente, com o advento da terapia, elas retomam suas vidas ativas – o que implica uma nova dimensão da prevenção:

[...] não mais a prevenção exclusivamente dirigida a evitar que pessoas se infectem, como também a prevenção dirigida a pessoas que já estão vivendo com o HIV/Aids, no sentido de que elas não se reinfectem com o vírus (o que [...] se traduz em riscos substanciais), não se infectem com outros agentes infecciosos e não infectem seus parceiros (BASTOS, 2006, p.77).

Ademais, o *barebacking* mostra que a Aids não é uma questão apenas biomédica, combatida simplesmente com a criação de técnicas de prevenção e tratamento. Questões sócio-culturais perpassam a adesão ou a resistência das pessoas às soluções biomédicas criadas. Portanto, a Aids é um tema de discussão contemporânea em áreas diversas das ciências médicas e das ciências humanas. Estas buscam compreendê-la na sua dimensão sócio-histórica, que evoca um grande debate político, institucional e humanista. Daí o importante papel desempenhado pela Comunicação Social na questão da Aids, bem como a sua assimilação como objeto de investigação do campo.

Apropriada inicialmente pelo discurso da imprensa em princípios da década de 1980, a Aids, uma doença ainda mortal, e seus pacientes de aparência cadavérica contrastavam com as imagens de corpos atléticos, tidos como o padrão saudável, cultuados nas reportagens e publicidades daquele momento. “Desde a lepra e a sífilis, conhecidas por suas desfigurações, nenhuma enfermidade havia atingido o corpo de forma tão pública. A Aids constitui, em primeiro lugar, uma doença de pele. [...] Mostrar a pele é uma maneira de sugerir o desarranjo do sistema imunológico no interior do corpo” (MOULIN, 2008, p. 34).

<sup>6</sup> O pesquisador Patrick Charette-Dionne (2010; 2011) analisa discursivamente os sentidos atribuídos ao *barebacking* pela sociedade canadense. Em suas análises, ele já descobriu que a enunciação típica do conceito de *barebacking* evoluiu da seguinte maneira: de "sexo entre homens HIV+ sem preservativo" para "querer ter sexo com um homem HIV + sem preservativo", daí para "a intenção de ter relações sexuais em uma [socialmente definida] situação 'de risco'", e disso para "sexo sem preservativos". Segundo ele, o enquadramento na cultura popular passou de "Alguns casos de soroconversão são causados pelo novo fenômeno do *Barebacking* entre os homens gays" para "Todos os novos casos de soroconversão entre homens gays são de *barebackers* ou *ex-barebackers*".

<sup>7</sup> Silva (2008) mostra falas de outros tipos de *barebackers* (não *bug chasers* ou *gift givers*), os quais alegam fazer sexo anal sem preservativo por simples prazer sexual ao sentir o sêmen no ânus - sem intenção de contrair o HIV, apesar de saberem que isso pode ser uma consequência.

Naquele momento, o saber médico pouco entendia da doença, cujo aumento de novas vítimas provocava pânico na população. Através dos meios de comunicação, seja via imprensa ou via campanhas públicas de prevenção, esmerava-se em informar as novas descobertas científicas, promovendo uma verdadeira “epidemia de informações” e servindo de guia para os indivíduos sobre como evitar a infecção:

A epidemia de informações que acompanha a difusão do vírus HIV e da doença AIDS estabelece o tecido de um contexto social específico onde são definidas as normas de o homem se relacionar consigo mesmo e com os outros. Estratégia sinistra: exige de cada um a perfeita interiorização de todas as normas de viver para não morrer terrivelmente (LIMA, 2006, p. 105).

Ao mesmo tempo e contraditoriamente, os meios de comunicação de massa estavam (e ainda estão) impregnados de outras mensagens incentivando o consumo, a liberdade de ação, a diversão e o estímulo a desafiar limites:

Essa é a origem atual de boa parte do discurso sobre o corpo, reimaginado como o instrumento com o qual se realizam diversos programas de autoaperfeiçoamento, de intensificação dos poderes individuais. Dados a necessidade de consumir e o valor praticamente inquestionável atribuído à autoexpressão, a sexualidade fatalmente teria de se tornar, para alguns, uma opção de consumo: o exercício de uma liberdade, de uma mobilidade cada vez maior; o rompimento de limites (SONTAG, 2007, p. 137-138).

Os indivíduos, por sua vez, balizavam (e balizam) sua maneira de entender a Aids e suas práticas cotidianas nestas mensagens constantes sobre a doença e sobre o prazer/diversão, emitidas pelos meios de comunicação, através de mecanismos de identificação ou contraidentificação:

Exercendo coerção direta sobre determinados grupos sociais, a epidemia de informações da AIDS produz outra epidemia de contra-informações. Cada indivíduo discriminado ou excluído pelo mecanismo de vigilância produz o seu próprio enunciado de justificação, processo de defesa, lance no jogo das falas, relação de forças que se enfrentam (LIMA, 2006, p. 106).

Fica evidente, portanto, a relação entre a Comunicação Social e o fenômeno Aids. Este capítulo está subdividido em duas subseções. Na primeira delas, abordaremos o campo da Comunicação & Saúde, traçando um histórico sobre como a Comunicação tem sido entendida e empregada na resolução de problemas e implementação de políticas públicas na área da Saúde, principalmente através das campanhas. Na segunda subseção, apresentaremos o estado da arte das pesquisas mais recentes que envolvem Comunicação & Aids no Brasil nas seguintes temáticas: cobertura jornalística da Aids; campanhas de prevenção ao HIV elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS); produzidas por secretarias estaduais e municipais de saúde e feitas por organizações da sociedade civil.

## 2.1 COMUNICAÇÃO & SAÚDE

Esta pesquisa encontra-se no campo interdisciplinar da Comunicação & Saúde, cuja origem remonta a mais de um século, mas que apenas no fim da década de 1980 configurou-se como campo em seu sentido bourdieano, ou seja, como “espaço multidimensional, formado por teorias, metodologias, políticas, práticas, instituições, interesses, acordos e lutas” (ARAÚJO, 2009, p. 43-44). Ele é fruto, no Brasil, dos debates em torno da saúde pública trazidos com a construção do SUS (Sistema Único de Saúde) e das problematizações e revisões do papel da Comunicação articulada à Saúde. Pesquisar a “Comunicação & Saúde” é estar na interface entre esses dois campos do conhecimento e não entender a comunicação como um conjunto de instrumentos a serviço dos objetivos da saúde (como pressupõem as formas “comunicação em saúde”, “comunicação para a saúde” e “comunicação na saúde”). Trata-se de uma opção teórica e política (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 20).

O atual conceito de saúde, conforme concebido pela OMS (Organização Mundial da Saúde), entende que não são apenas fatores biológicos a afetar nosso bem-estar, mas também sociais – como emprego, educação, moradia, convívio em comunidade, família, entre outros. Isso é especialmente notável no caso do HIV/Aids: pesquisas mostram que é fator decisivo na resposta do corpo ao tratamento de Aids o bem-estar mental dos soropositivos, comprometido pelo preconceito e o estigma na sociedade (GARRIDO et al, 2007). Esta compreensão multidimensional da saúde pressupõe, também, a concepção de um sujeito simultaneamente biológico, dinâmico, único e social, em interação permanente com outros seres humanos, situado no tempo e no espaço; um ser de emoções, de sensações, de desejos, de intenções, um ser espiritual; um ser de conhecimento, de racionalidade, de reflexão (CUBERLI & ALBARDONEDO, 2012, p.5). É quando se entende a importância da ordem do simbólico no campo da saúde que a comunicação é convocada a rever seu papel na contribuição à promoção das políticas públicas sanitárias.

Partindo da premissa de que 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 (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 22).

Historicamente, a contribuição da Comunicação à Saúde tem sido antes mais subsidiária, operacional e instrumental do que orientada à investigação dos acontecimentos na

Saúde segundo o seu corpo teórico. Isso pode ter a ver com a própria trajetória do campo disciplinar da Comunicação, cuja origem está mais no lado profissional do que no acadêmico:

La constitución disciplinar de la comunicación se enmarca en una trayectoria particular; ya que surgió desde el campo de lo profesional hacia el científico. Por lo tanto, no se constituyó desde la investigación teórica ni empírica sino desde necesidades operativas provenientes del auge mediático. Así, el interés prioritario no fue propiamente científico [...] <sup>8</sup>. (CUBERLI & ALBARDONEDO, 2012, p.3-4).

Isto também está relacionado ao projeto político desenvolvimentista de modernização e higienização da sociedade a quem a Comunicação primeiramente serviu, no início do século XX<sup>9</sup>. Segundo o ideário moderno, para que os Estados progredissem, era necessário corrigir as disfunções da sociedade, como as doenças. Os indivíduos deveriam ser sadios e produtivos e, por isso, haveria de se controlar os seus corpos e hábitos. Naquele momento, os avanços científicos da bacteriologia, parasitologia e microbiologia - com a possibilidade de identificar “um” agente causador para cada doença e de estabelecer formas específicas de transmissão e controle - refletiram-se no redirecionamento das ações de saúde pública: deslocou-se a atenção dos fatores do meio ambiente para o indivíduo, que precisaria corrigir seus hábitos tidos como nefastos à saúde. Esse modelo ignorava os determinantes sociais das doenças e confiava à informação e à educação dos indivíduos a superação do atraso e a instalação de condições mais propícias ao progresso (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 40-41). Para tanto, as estratégias de comunicação mais adotadas foram a promoção de informação sanitária e as mensagens persuasivas, nas formas de propaganda (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 23-24). Elas eram bastante influenciadas pela Teoria da Influência Direta, o modelo matemático de Shannon & Weaver e a Teoria da Persuasão.

Segundo Janine M. Cardoso (2001, p. 27), o sanitarismo campanhista – reconhecido como modelo hegemônico no Brasil durante o século XX até a década de 1960 – ainda encontra farta aplicação. O campanhismo é marcado por uma conotação e terminologia bélica, como “campanha”, “combate”, “vigilância”, “guerra”, “alvo” – compatíveis com uma racionalidade médica moderna ainda fortemente centrada na doença, e não na saúde (CARDOSO, 2001, p. 32). Percebemo-lo ainda hoje, principalmente nas campanhas de saúde pública, “tanto na lógica de organização de serviços e na resistência à descentralização de ações como na forma de priorizar questões de saúde. Em geral, são iniciativas de prevenção e controle de alguma doença ou fator de risco, como *campanhas de combate ao fumo*, [...] à

<sup>8</sup> Tradução nossa: “A constituição disciplinar da comunicação enquadra-se em uma trajetória particular; já que surgiu desde o campo do profissional ao científico. Portanto, não se constituiu desde a investigação teórica nem empírica, mas desde necessidades operativas provenientes do auge midiático. Assim, o interesse prioritário não foi propiamente científico [...]”.

<sup>9</sup> Mais sobre o tema, sugerimos a leitura do capítulo “Modelos de Comunicação e de Saúde: um caso de amor antigo”, em ARAÚJO & CARDOSO (2007).

*dengue* [...]”. Segundo a autora, a presença destas campanhas tem evidenciado a ausência de políticas públicas capazes de alterar concretamente os determinantes socioeconômicos da saúde, principalmente daquelas enfermidades que já contam com conhecimentos e medidas técnicas para superá-las: “No lugar de políticas públicas efetivas, as medidas paliativas, ainda que extraordinárias, são renovadas a cada novo surto” (CARDOSO, 2001, p. 28).

Percebemos o campanhismo no caso do HIV/Aids no Brasil: todos os anos, com base no boletim epidemiológico, o Ministério da Saúde desenha propagandas para o público-alvo – tido como a população cujos índices de infecção são os mais preocupantes –, veiculadas em duas épocas do ano principais: carnaval e dia mundial de luta contra a Aids. O sucesso é medido segundo os dados do próximo boletim epidemiológico. Assim, essa comunicação se dá na direção de uma “anamnese”, com vistas a um “diagnóstico” e possíveis meios “de cura” dessa inadequação entre sentidos institucionalizados e práticas sociais.

[...] as campanhas parecem ser, ainda, a principal forma de relação das autoridades sanitárias com a população, não obstante a diversificação das demandas advindas dos segmentos sociais que, a partir de meados dos anos 80, passaram a participar de forma mais ativa da formulação e implementação de políticas e projetos no campo da saúde (CARDOSO, 2001, p. 29).

Foi principalmente das críticas ao modelo campanhista que surgiram, no Brasil, as práticas educativo-comunicativas na saúde, nos anos 1920. A primeira geração de sanitaristas formada nos Estados Unidos da América defendia o modelo médico-sanitário lá implantado e criticava as ações tópicas e emergenciais das práticas campanhistas. Defendia-se a instalação de uma rede permanente de centros de saúde, polivalente, com atividades de caráter preventivo e educativo, voltadas para a criação da consciência sanitária da população – o que só ganharia força nas décadas seguintes (AROUCA, 2003). Esses jovens sanitaristas acreditavam que o curso das doenças seria alterado pela internalização de valores e comportamentos saudáveis e preventivos, mediante a ação constante e profundamente articulada com a escola – eliminando-se, progressivamente, as medidas coercitivas e autoritárias (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 41). Tais práticas educativo-comunicativas na saúde

[...] têm como objetivo difundir para a população as concepções médico-científicas hegemônicas e implantar as normas, as condutas e os valores estabelecidos pelas autoridades sanitárias. Buscam a mudança de comportamento ou a divulgação dos interesses governamentais, em processos unidirecionais que, ao privilegiarem a palavra autorizada, desqualificam outras experiências e saberes, notadamente aqueles que orientam as pautas materiais e simbólicas das camadas populares. Essas práticas passaram a integrar um dispositivo de controle social, historicamente construído, incorporado e mantido por um conjunto muito diversificado de instituições estatais e da sociedade civil. Foi sendo aperfeiçoado nos diferentes projetos que moldaram a face do Brasil contemporâneo, adaptando-se às relações de saber e poder, às lutas pela conquista e manutenção cotidiana da hegemonia (CARDOSO, 2001, p. 3 pré-textual).

Entretanto, cabe destacar que tais atividades de educação e propaganda no campo da saúde, idealizadas pelo modelo médico-sanitário e visando mais a prevenção dos agravos do que o seu combate, embora conquistando espaços progressivos, foram enquadradas nos parâmetros campanhistas, imperativos até os anos 1960 (CARDOSO, 2001, p. 43-44).

Durante o Estado Novo, ganhou destaque no Brasil o uso da propaganda. É desta época a publicação de Harold D. Laswell da Teoria da Agulha Hipodérmica (1948), segundo a qual a adesão das massas era obtida pela propaganda, mais econômica do que as ações coercitivas e violentas. Bastava expor os indivíduos à mensagem e eles responderiam comportamentalmente de forma automática e segundo as reações previstas (CARDOSO, 2001, p. 50).

Em 1949 surgiu a teoria matemática, desenvolvida por Shannon e Weaver, com o seu modelo informacional de comunicação, assim chamado por seu principal objetivo: transferir informações. Converteu-se rapidamente em matriz e passou a estar nas condições de produção de todo um modo de pensar a comunicação no nosso país, afetando a conformação do campo das políticas públicas de saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 42 e 44-45). Entretanto, os principais entendimentos desta teoria prejudicam a compreensão da dinâmica das relações comunicativas, pois: 1) fecha-se a comunicação entre os dois polos da relação (emissor/receptor), desconsiderando-se as demais vozes que compõem a cena comunicativa; 2) reserva a uns (os emissores) o direito de falar e a outros (os receptores) a atribuição de “decodificar” as mensagens recebidas, como se nada tivessem a dizer; 3) concebe a língua como conjunto de códigos com significado preestabelecido e estável, portanto, passível de ser transferido – quando, na verdade, os sentidos não estão presentes nas palavras, mas são dinâmicos e se formam na relação comunicativa entre locutores; 4) a linguagem é vista apenas como instrumento para a realização das intenções comunicativas do emissor.

As características do modelo levaram – e ainda levam – educadores, comunicadores, planejadores e gestores da saúde pública a acreditarem que a prática comunicativa limita-se à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde e sua vida. (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 46).

Após a Segunda Guerra Mundial, organismos internacionais, como a Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), incentivaram a adoção no Brasil do modelo comunicacional de Schramm, que se nutria da Teoria dos Dois Níveis de Comunicação, de Lazarsfeld, Berelson e Gaudet. Segundo esta teoria, entre os media e os indivíduos haveria líderes de opinião, reconhecidos como competentes e dignos de confiança por um grupo e, portanto, detentores de alta capacidade de persuasão. As

mensagens da saúde deveriam, assim, buscar a maior identificação possível com os líderes de opinião, os quais convenceriam os outros indivíduos através de linguagem e valores compartilhados (CARDOSO, 2001, p. 55-56). Surgia, assim, a figura do mediador nos programas brasileiros de saúde: monitores, multiplicadores e, mais tarde, agentes de saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.24-25). “Considerando a penetração desse modelo nas áreas de educação e saúde no Brasil, nas décadas de 1950 e 1960, mas fortemente presente nas práticas setoriais durante o período 70-90, Pitta (1994) propõe nomear essa matriz instrumental de comunicação como *desenvolvimentista*” (CARDOSO, 2001, p. 56).

Percebemos muito dessa matriz nos modelos de *peer education* (educação entre pares) no combate à Aids, fortemente empregados no Brasil desde a década de 1990 por organizações da sociedade civil (OSCs), muitas delas financiadas pelo governo: fomenta-se o treinamento de representantes de certo grupo social (profissionais do sexo, por exemplo) em práticas de prevenção para que sejam multiplicadores de informação naquela população-alvo. Percebendo-se que o aumento do saber médico-científico sobre a Aids não vinha acompanhado da redução do número de casos, tornou-se importante promover ações de prevenção visando a mudança de práticas e comportamentos, de cunho local e em consonância com o público-alvo. “Isto implica um esforço para que os materiais educativos expressem a linguagem de distintos grupos/pessoas, já que muitos conhecem o essencial sobre a doença, mas ainda não se sentem ‘tocados’ pelas informações divulgadas” (GALVÃO, 2000, p. 109).

Por volta da década de 1960, apareceram algumas práticas pedagógicas de cunho emancipador, inspiradas nas obras de Paulo Freire, adotadas pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) (CARDOSO, 2001, p. 59). Norteadas pelos princípios da educomunicação, essas práticas também estão presentes hoje em algumas ações de OSCs no campo do HIV/Aids:

Nos últimos anos presenciamos um deslocamento inédito de atenção de programas educativos de AIDS baseados em informação para um novo conjunto de modelos, enfocando a capacitação coletiva e a mobilização comunitária, cruciais para os esforços mais dinâmicos e inovadores para responder à epidemia. Aproveitando as formulações pedagógicas já clássicas, como as de Paulo Freire, mais intimamente associadas com a tradição da educação popular na América Latina, temos mudado cada vez mais daquilo que poderia ser descrito como modelo “bancário” da prática educacional – no qual a educação é pouco mais do que um ato de depositar informações, e os conhecimentos são tratados como uma dádiva concedida por sábios as supostos ignorantes – para o que seria mais adequadamente descrito como a educação libertária ou dialógica, a qual pretende construir uma percepção crítica das forças socioculturais e político-econômicas que estruturam a realidade, e agir contra as forças opressoras (PARKER, 2000, p. 105).

Já durante o regime militar, viu-se um retrocesso nas ações brasileiras de saúde pública, priorizando-se o setor da assistência médica curativa individual, com uma crescente medicalização da sociedade, e fortalecendo-se um complexo médico empresarial. Os serviços privados de saúde contam, agora, com uma expansiva rede de meios de comunicação de massa – notadamente, de cadeias de televisão - onde anunciam seus produtos e serviços, da qual também se beneficiou o Governo federal (CARDOSO, 2001, p. 62).

No final do século XX, propôs-se uma revisão do papel da comunicação na promoção da saúde. A Declaração de Alma-Ata<sup>10</sup> (OPAS/OMS, 1978), assinada em 1978 por 134 países em reunião patrocinada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), reconheceu, nos artigos IV e VII (item 5), que o povo tinha o direito e o dever de participar individual e coletivamente no planejamento e na aplicação da atenção à saúde. Para realizá-lo, o documento convoca explicitamente a Comunicação, no artigo VII (item 4):

[Os cuidados primários em saúde] Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as *comunicações* e outros setores. (OPAS/OMS, 1978, p.2, grifo e colchetes nossos).

Tal ideia encontrou repercussão em 1986, no documento intitulado “Carta de Ottawa”<sup>11</sup>(OPAS/OMS, 1986), assinado por 38 países, segundo o qual “Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde” (OPAS/OMS, 1986, p. 1-2). Nesse sentido, a Carta define as pessoas como “o principal recurso para a saúde”; e estabelece como metas “apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como *porta-voz essencial* em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar” (OPAS/OMS, 1986, p. 5, grifos nossos). Para tanto, convoca a Comunicação e as Organizações da Sociedade Civil (OSCs):

Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos,

<sup>10</sup> O documento reitera, logo no seu primeiro artigo, o novo conceito de saúde, entendido como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”.

<sup>11</sup> O documento admite como requisitos à saúde: paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e igualdade. Tal ideia acaba de ganhar nova força no documento final da Rio+20 (Conferência das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável): dos 200 artigos, oito tratam especificamente sobre a saúde. O texto afirma que as metas de desenvolvimento sustentável só podem ser alcançadas a partir da redução de doenças, como a Aids, propiciando às populações o bem-estar físico, mental e social. Acesse o documento atualizado da Rio+20: [www.rio20.gov.br/documentos](http://www.rio20.gov.br/documentos) . Acesso em 13 jan 2013.

*organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade. (OPAS/OMS, 1986, p. 2, grifos nossos).*

Todo este novo ideário mundial repercutiu na América Latina na década de 1980. Com o desmantelamento de ditaduras militares e a redemocratização, ideias como participação comunitária entraram em cena, também no campo da saúde – sendo considerada um dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) do Brasil, criado em 1988. As OSCs foram, então, convidadas a participar. Dentre elas, as recém-criadas organizações relacionadas ao HIV/Aids, doença surgida nessa época<sup>12</sup>, que passaram a opinar sobre as campanhas contra a Aids elaboradas pelo governo antes de sua veiculação e a elaborar suas próprias campanhas, de caráter mais pedagógico, algumas financiadas pelo poder público através de editais. Começa-se a entender que os processos comunicativos em saúde não se dão em uma relação linear entre discursos emitidos e recebidos, mas que há mediações materiais e simbólicas interferindo, superando-se uma concepção mais utilitária da comunicação (CUBERLI & ALBARDONEDO, 2012, p.8).

Durante a redemocratização do Brasil e a reformulação do sistema de saúde, com a ocorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde (em 1986), a educação, a comunicação e a informação foram indicadas como pré-requisitos ao direito à saúde, com o questionamento e a revisão de práticas cristalizadas (como as da comunicação sanitária) com vistas à garantia de maior participação social (CARDOSO, 2001, p. 66). A participação social<sup>13</sup>, ou controle social, em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1987 apud CORREIA, 2009, sem paginação).

O seminário Saúde e Comunicação Social, realizado em 1988, em Belo Horizonte/MG, pela mobilização alcançada e pelo temário discutido, pode ser considerado atividade inaugural dessa nova conjuntura. Desse debate, alguns pontos podem ser destacados, como a crítica à hegemonia do saber técnico científico e às metodologias educativas de viés extensionista. A crítica à centralização e verticalidade dos programas de saúde foi estendida a suas estratégias de educação e comunicação: geradas pelas instituições federais e ramificados para as heterogêneas realidades regionais e locais, foram consideradas incapazes de contemplar a pluralidade de experiências e necessidades em saúde (CARDOSO, 2001, p. 66).

<sup>12</sup> Vide a criação, em 1992, de um escritório especial dentro do Programa Nacional de DST/Aids, exclusivamente voltado à colaboração com ONGs-Aids.

<sup>13</sup> A participação social em saúde foi institucionalizada na Lei 8.142/90 através das conferências (cujo objetivo é avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo) e dos conselhos (instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, da sociedade civil e dos demais segmentos - gestores públicos, filantrópicos e privados e trabalhadores da saúde -, e que objetivam o ‘controle social’ (CORREIA, 2009, sem paginação).

Durante o governo Collor, era possível identificar dois eixos principais de propostas para a comunicação & saúde, vigorantes em duas estruturas institucionais, que viriam a se unir: de um lado, a lógica campanhista e desenvolvimentista – bastante empregada pelo Ministério da Saúde – e, de outro lado, a lógica assistencial, característica do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Na linha campanhista criticava-se a ineficácia das campanhas, por não levarem em conta as especificidades regionais e religiosas, assim como pelo desperdício de recursos aí empregados. As propostas indicavam a necessidade de utilizar os meios de comunicação para mobilização social e conscientização da população, mas também sinalizavam para a descentralização desses meios. As campanhas regionais de educação popular em saúde deveriam utilizar meios alternativos, como vídeos, cartilhas, jornais de bairros, rádios populares; e estabelecer parceria com artistas, dramaturgos e jornalistas na realização de trabalho educativo pela mídia. Na linha assistencial, os meios de comunicação eram criticados pela permanente associação que estabeleciam entre saúde e medicalização. As propostas indicavam que as concessões públicas deveriam ser condicionadas à veiculação gratuita de materiais institucionais sobre saúde; sinalizavam a proibição de propagandas de medicamentos e o controle de mensagens enganosas; bem como apontavam que os conselhos de saúde deveriam ser dotados de serviços de comunicação social e que os meios de comunicação divulgassem ações de saúde e dados epidemiológicos, que deveriam ser acessados de outras formas, por meio de centrais de atendimento e também nas próprias instituições de saúde, cuja administração deveria ser transparente (CARDOSO, 2001, p. 67).

A partir da X CNS, em 1996, propostas tornam tênues as linhas de divisão que antes separavam as atividades de informação (definidas como a coleta e a análise de informações epidemiológicas, sociodemográficas, administrativas etc., necessárias à tomada de decisão na formulação e gestão de políticas de saúde) das atividades dos setores de comunicação e de educação, aos quais, por sua vez, caberia a “tradução” e “formatação” de tais informações à população pouco familiarizada com tais indicadores (CARDOSO, 2001, p. 68-69). Ademais, a população reivindica para si o direito de também ser emissora, e não mero “público-alvo” de uma transmissão unidirecional: “[...] procuram afirmar-se como detentores de uma palavra também *autorizada*, se não pelo capital cultural que detêm, por um tipo específico de capital político que advém da liderança e representatividade social” (CARDOSO, 2001, p. 69). Data desta época a reivindicação por Câmaras Técnicas de Comunicação dentro dos conselhos.

Durante os anos 1990, houve vários momentos de avanços e retrocessos das atividades de comunicação em saúde na articulação com as demandas do SUS. Com o empréstimo cedido pelo Banco Mundial, em 1994, deu-se início ao IEC/PNE (setor de Informação, Educação e Comunicação/ Projeto Nordeste), com duração de três anos. Através dele,

estruturaram-se coordenações estaduais de IEC nas secretarias de saúde, e investiu-se na capacitação de líderes comunitários, profissionais e professores.

Em que pese o esforço de reformulação conceitual e pragmática empreendido pelas diversas equipes, buscando superar a fragmentação de atividades e aproximar-se das realidades locais, pode-se assinalar a reedição de algumas práticas já tradicionais, como feiras de saúde, teatro de rua, uso da literatura de cordel, numa estratégia de aproximação que passa pela apropriação de formas de expressão da cultura popular (CARDOSO, 2001, p. 71).

A tendência observada por Janine M. Cardoso até 2001 – data da publicação de sua dissertação – parece não haver se modificado muito: a produção das campanhas de saúde (principalmente as de prevenção ao HIV/Aids) continua centrada no Ministério da Saúde (MS), verticalmente distribuídas às instituições estaduais e municipais com fins a instrumentalizá-las mais do que incentivá-las a produzir seus próprios materiais, destinados às populações que julgam mais relevantes à sua particular situação. Quando estas campanhas regionais existem, o MS, por sua vez, supervisiona a adequação dos materiais produzidos. As campanhas ministeriais, por sua extensão de público, privilegiam o uso intensivo dos meios de comunicação (inclusive os de caráter comunitário) a despeito de atividades interpessoais. Estas estão mais presentes nas atividades das organizações da sociedade civil (OSC): “vem sendo incentivada a terceirização das atividades tradicionalmente empenhadas pelas instituições de saúde, entre elas as atividades de educação e comunicação, que passam crescentemente a ser desenvolvidas por ONGs e outras entidades” (CARDOSO, 2001, p. 31).

Segundo Inesita Araújo e Janine Cardoso, a comunicação no campo da saúde está fortemente associada à noção de direito, objetivando o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde e a participação efetiva das pessoas, entendidas como cidadãos. Por isso, “não pode se limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação: o objetivo deve ser, minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 61). Por isso, as autoras defendem que os princípios orientadores do SUS sejam o eixo balizador da prática comunicativa. São eles: 1) princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade; 2) princípios organizativos: descentralização, hierarquização e participação.

O princípio da universalidade, fundador do SUS, entende a saúde como um direito universal. Seu correspondente na comunicação seria, portanto, entendê-la igualmente como um direito de todos. Mas, como vimos, historicamente a comunicação foi prerrogativa das instituições de saúde, não sendo facultados à população meios e canais de expressão,

cabendo-lhe apenas o lugar de “receptores” da comunicação institucional. Ora, ela deve ser vista também como interlocutora, como quem tem o que dizer e quer ser escutada e considerada. Isto implica, de um lado, no acesso a meios, canais e espaços de fala e, de outro, na existência de canais e espaços de escuta. Ademais, o princípio da universalidade entende que à população também lhe seja dado acesso ampliado e facilitado às informações necessárias para o exercício do controle social (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 63).

O princípio de equidade, por sua vez, apresenta à Comunicação o desafio de promover a redistribuição do poder de produzir e fazer circular as ideias, de ser ouvido e levado em consideração (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 68). Já o princípio da integralidade faz-se presente na Comunicação através de práticas de escuta nas quais se reconhece os discursos do outro, de serviços como espaço de conversa e troca, e da recusa ao fechamento dos sentidos e ao privilegiamento das falas autorizadas (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 73).

O princípio de descentralização visa a desconcentração do poder de falar. Ainda hoje, a comunicação no campo da saúde segue na tradição de concentrar o poder de fala nas instituições. Por exemplo, o Ministério da Saúde detém a maior parte dos recursos destinados à comunicação, cabendo uma pequena parte aos estados e municípios. Como veremos na subseção seguinte, isso é bastante visível no caso das campanhas de prevenção a Aids. Raras, também, são as oportunidades de setores não-governamentais fazerem circular suas vozes no âmbito da saúde – sendo a prevenção às DST/Aids uma “grande exceção nesse cenário” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 76), como veremos mais a frente:

Nesses vinte anos de SUS, com muitos reveses e toda sorte de obstáculos, práticas mais democráticas de comunicação têm emergido, assim como têm sido fortalecidos o ensino e a pesquisa. O enfrentamento da Aids tem sido frequentemente apontado como exemplo das potencialidades – inovadoras estratégias de mobilização e crítica, diversidade de atores e de articulação em redes em escala planetária –, mas também dos desafios, quando se depara com a ‘indústria da Aids’ e se verifica a escalada da epidemia junto aos segmentos mais vulneráveis socialmente e nas regiões do planeta com menor visibilidade e poder de pressão (ARAÚJO & CARDOSO, 2009, sem paginação).

O princípio da hierarquização está em fazer com que o Ministério da Saúde assuma sua missão de, mais do que promover campanhas nacionais através da contratação de agências publicitárias, repassar recursos e apoiar tecnicamente os estados e municípios no seu esforço comunicativo (e estes, os movimentos e as organizações locais) (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 79).

O princípio da participação – também conhecido como controle social – prega que a sociedade seja ativa no planejamento, implantação e fiscalização das políticas públicas de

saúde. Logo, a comunicação deve desenvolver espaços, processos e práticas que ampliem as vozes mais periféricas e, de forma complementar, oferecer à população conhecimentos sobre seus direitos e outras informações que facilitem sua relação com as instituições de saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 82 e 84-85).

Nesta pesquisa, buscamos, principalmente, oferecer um espaço de escuta aos discursos resistentes às campanhas de prevenção à Aids, reconhecendo as pessoas em sociedade (neste caso específico, os soropositivos) como interlocutores e cidadãos com direito a fala e a voz. Estamos, portanto, sendo norteados pelos princípios do SUS nas reflexões sobre a Comunicação levadas a cabo através desta pesquisa.

## 2.2 PESQUISAS EM COMUNICAÇÃO E AIDS NO BRASIL

Neste subcapítulo, vamos apresentar o estado da arte das pesquisas mais recentes que envolvem Comunicação & Aids no Brasil nas seguintes temáticas: cobertura jornalística da Aids; campanhas de prevenção ao HIV elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS); produzidas por secretarias estaduais e municipais de saúde, e feitas por organizações da sociedade civil.

Uma revisão bibliográfica sobre a cobertura da Aids pela imprensa faz-se necessária porque foi primeiramente através dela que a doença tornou-se conhecida para os públicos leigo e especialista em saúde aqui no Brasil. Portanto, os discursos que atravessam esta cobertura funcionam como redes de sentido importantes com as quais as pessoas em geral significam a síndrome, seus portadores e suas práticas cotidianas.

Segundo Richard Parker (1994 apud CASTRO & SILVA, 2005, p. 166), as estratégias de educação e promoção da saúde para o combate à epidemia de Aids se concentraram: 1) nos meios de comunicação de massa; 2) nas campanhas nacionais de informação e educação sob a direção do Programa Nacional de Aids do MS; e 3) nas atividades de promoção da saúde desenvolvidas em nível local e estadual, principalmente através do trabalho de OSCs-Aids. Justificam-se, portanto, nossas incursões sobre pesquisas que abordam esses três objetos.

### 2.2.1 Cobertura jornalística da Aids

Nesta subseção, fazemos uma revisão bibliográfica sobre a cobertura jornalística brasileira acerca da Aids desde o seu advento. Destacamos, porém, que não temos a intenção de nos estendermos a miúdo sobre os resultados das pesquisas aqui referenciadas, mas sim de buscarmos extrair delas a trajetória de como a imprensa, em geral, tem ressignificado a Aids ao longo destas três décadas – tarefa por si só desafiadora, visto que os estudos não comungam de metodologias ou objetivos comuns, além de analisarem diferentes veículos, de épocas distintas.

É imperioso fazermos este percurso porque os meios de comunicação são forte instância produtora e circuladora de sentidos com os quais as pessoas em sociedade significam a síndrome, os sujeitos acometidos por ela e suas práticas individuais cotidianas – seja por mecanismos de identificação ou contra-identificação.

Os discursos da imprensa são empobrecidos (Martin, 1994) quando comparados à diversidade de ideias que as pessoas têm sobre a AIDS. Mas, apesar das diferenças no impacto efetivo desses discursos em grupos sociais, eles constituem um esquema ideológico abrangente e dominante, a partir do qual brasileiros de várias origens sociais e culturais têm criado suas próprias leituras da AIDS. Como fonte de valores, ideias, imagens e metáforas, a imprensa representa e reconstrói o mundo para leitores que, por seu lado, seguem no papel de agentes ao representar e reconstruir esse mesmo mundo (VALLE, 2002, p. 183).

A cobertura jornalística é lócus privilegiado de investigações sobre os sentidos da Aids, uma vez que é “reconhecida como fonte confiável, baseada em fatos e na verdade, [...] sobretudo por sua associação com discursos e ideias da biomedicina” (VALLE, 2002, p. 182). Ademais, a mídia é arena de disputa de discursos das mais diversas instituições (agências de saúde, governo, organizações da sociedade civil, Igreja, laboratório de pesquisas, etc.), bem como fonte de seu discurso próprio sobre a Aids, conforme apontado por Antônio Fausto Neto:

Deve-se considerar como dos mais estratégicos o papel das mídias, não apenas pela sua competência de anunciabilidade e visibilidade da Aids, mas também, ao mesmo tempo, pelo fato de os processos de construção de inteligibilidade sobre a Aids dependerem gradativamente das práticas das mídias e dos seus respectivos efeitos de sentido. É, em função dessas prerrogativas, que as mídias, ao trabalharem os diferentes saberes (institucionais) sobre a Aids no âmbito de suas modalidades próprias, de certa forma estão a “refazer” os saberes da Aids, unificando-os segundo suas classificações para, em seguida, ofertar/oferecer suas construções com a finalidade de suprir a suposta ignorância dos seus usuários (FAUSTO NETO, 1999, p. 21).

Jane Galvão (2000, p. 48-49) entende a cobertura da mídia como uma das primeiras respostas da sociedade civil (do setor privado) no Brasil, antecipando-se mesmo à de outros setores (como OSCs, governos, etc.) e pautando-os:

Por paradoxal que pareça, as matérias da mídia nacional, e muitas podem ser classificadas como ‘preconceituosas’ e ‘moralistas’, não somente conseguiram enxergar algo naquela doença que ia além dos números de pessoas doentes, como se adiantaram, em alguns anos, às respostas de setores, sejam eles governamentais, ou não-governamentais, aqui incluídos tanto o setor público de saúde, quanto os profissionais de saúde, a área de saúde pública e movimentos sociais (GALVÃO, 2000, p. 50).

Nesta dissertação, não vamos incluir as empresas jornalísticas no rol da sociedade civil (como fez Galvão), apenas para diferenciarmos bem o que estamos chamando de OSCs neste trabalho: organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos.

A Aids tornou-se notícia no mundo todo a partir do artigo assinado pelo cronista de medicina do jornal americano *The New York Times*, Laurence Altman, em julho de 1981, no qual informava o surgimento de uma doença que intrigava os especialistas e assustava os *gays* de Nova York. (NASCIMENTO, 2005, p. 82) No Brasil, entretanto, ao contrário dos Estados Unidos, a doença veio à tona ao público leigo entre 1981 e meados de 1983, antes mesmo que os primeiros casos de Aids fossem reportados no país<sup>14</sup> (GALVÃO, 2000, p. 27; CARVALHO, 2009, p. 76 e 101). Tratava-se, principalmente, de despachos de agências de notícias internacionais sobre os casos nos EUA, configurando a doença como “um problema dos outros”, distante da realidade brasileira (SOUSA, 2001; BARATA, 2006). Como as principais fontes de informação eram as agências de notícias e de pesquisas daquele país, as primeiras matérias sobre Aids veiculadas no Brasil foram fortemente influenciadas pelo fazer jornalístico norte-americano (BARATA, 2006; GALVÃO, 2002).

[...] a identificação dos primeiros casos nos EUA e a projeção para o mundo das primeiras associações permitiram perceber a capilaridade planetária dos meios de comunicação e, ao mesmo tempo, a concentração de poder em algumas redes e agências internacionais de notícias, assim como em instituições de pesquisa. Essas instituições atuaram (e atuam) como leitores privilegiados do que acontece no mundo, assumindo o lugar e o papel de seus “principais reveladores e explicadores” (CARDOSO, 2001, p. 80).

Uma das marcas da influência jornalística norte-americana veio na forma de a mídia nacional abordar questões como homossexualidade, comportamento e grupos de risco (GALVÃO, 2000, p. 20). Devido ao perfil das primeiras vítimas relatadas nos EUA, entre 1981 e 1984, persistiu-se em vincular a Aids à homossexualidade, visível nos títulos das

<sup>14</sup> Embora saibamos hoje que o primeiro caso de Aids no país seja de 1980 (GALVÃO, 2002, p. 78).

matérias, como o da revista *IstoÉ*, de 06/04/1983: *Tragédia venérea: o mal dos homossexuais americanos*. No entanto, alguns veículos, entre 1981 e 1982, simplesmente se silenciaram sobre o acontecimento Aids e os homossexuais, colocando-os na invisibilidade (BARATA, 2006).

A homossexualidade foi vista como vetor de propagação para os outros grupos da sociedade e, por isso, deveria ser denunciada pela imprensa<sup>15</sup>:

BLOUIN et al.<sup>16</sup> relatam uma doença que, no século XVIII, atingia exclusivamente homossexuais, chamada de ‘cristalina’, por provocar tumores cheios de líquido translúcido que ocorriam na região do prepúcio e do ânus. A mortalidade era muito elevada, atingindo nove em cada dez casos. A doença, no entanto, diferentemente da Aids, não saiu dos meios homossexuais, seja como incidência, seja mesmo como informação. Relatam os autores que hospitais e médicos se recusavam a tratar pessoas acometidas pela cristalina, que era considerada um caso de polícia. Exceto médicos, policiais, as próprias vítimas e os círculos jurídicos, que julgavam por sodomia os portadores, a doença não chegou ao conhecimento do público, processo inverso ao que ocorre com a Aids (CARVALHO, 2009, p. 70).

No início da cobertura, os jornais denominavam a síndrome como *câncer gay*, *peste gay*, *peste rosa* e *doença misteriosa* (FAUSTO NETO, 1999), apesar de o termo *Aids* já ter sido estabelecido oficialmente em 1982. Aqui vale mencionar as considerações de Susan Sontag (2007, p. 113) sobre serem metaforizadas como pestes as epidemias não simplesmente fatais, mas transformadoras do corpo em algo repulsivo – como foi a Aids, com o sarcoma de Kaposi e magreza cadavérica, e como é hoje, com a lipodistrofia ocasionada pelos medicamentos, ainda que menos visível. Mais ainda: recebem o nome de “peste” aquelas epidemias que representam um castigo ao indivíduo transgressor e uma invasão punitiva que atinge toda uma coletividade sexualmente licenciosa – como se deu com a sífilis, no final do século XV. A peste é o mal inexorável, inevitável, ao qual todos sucumbem. Ela também é vista como uma doença que vem do exterior. “Suas raízes se encontram talvez no próprio conceito de errado, sempre identificado com o não-nós, o estranho” (SONTAG, 2007, p. 115).

Também não é verdade que o fenômeno da Aids veio a ser tão divulgado porque, como afirmam alguns, de início a doença atingia um grupo de pessoas que eram todos homens, quase todos brancos, muitos deles instruídos, que sabiam se exprimir, mobilizar a opinião pública e fazer com que recursos fossem canalizados para a doença. Se a Aids ocupa parte tão grande de nossa consciência é por ter sido

<sup>15</sup> Como exemplo, trecho da revista *IstoÉ*, de 18/02/1987, retirado de SOUSA, 2001: “[...] Não há, claro, unanimidade nesse terreno. O (dermatologista) gaúcho Jair Ferreira (39 anos, diretor da Divisão de Controle Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul) está convencido de que a homossexualidade é ‘uma doença’- e argumenta: ‘Se toda a humanidade fosse homossexual, desapareceria. Então, trata-se de uma patologia’. Por isso, raciocina, ‘não pode ser reprimida, mas também não tem tratamento - a pessoa não tem culpa nem cura’. Vicente Amato diz que ‘Essa doença é uma condição desastrosa’ e que ‘sua transmissão deve ser diminuída custe o que custar’. Ele propõe, ‘para os grupos mais renitentes’, como o dos travestis, ‘medidas coercitivas’, através de leis e decretos”.

<sup>16</sup> BLOUIN, C.B., et al.. Aids, informação e prevenção: imprensa e medicina em busca de respostas. São Paulo: Summus Editorial, 1987.

interpretada como foi: o modelo exato de todas as catástrofes que as *populações privilegiadas* julgam que as esperam (SONTAG, 2007, p. 143, itálico nosso).

A cobertura jornalística também associou a Aids à lepra, como atesta a manchete do jornal *Última Hora*, de 09/07/1983: *Peste gay segrega os novos leprosos*. A esse respeito, vale destacar as considerações de Italo Tronca (2000, p. 19 e 147), que identificou nas narrativas literárias e científicas sobre Aids pelo menos três temas organizadores de suas representações, muitas das quais usadas sobre a lepra durante o século XIX: a raça, a geografia e a sexualidade. O “perigo” foi construído sempre como vindo de fora: para os americanos, a Aids vinha dos negros africanos, dos haitianos e dos *gays*; para os soviéticos, vinha de uma arma biológica construída pelos americanos (estava-se em plena Guerra Fria); para os brasileiros, era um *mal americano* trazido ao país por homossexuais ricos; para todos, é vista como um mal urbano, pois a cidade é tida historicamente como foco de doenças e de degeneração.

Empenhados em anunciar a origem geográfica da Aids, os jornais construíram associações entre a doença e as condições de vida de países de terceiro mundo (como os africanos), especialmente quanto a determinados hábitos culturais e sexuais neles praticados:

Ao lado de sua própria fala, os jornais, ao se apoiarem na fala de especialistas em saúde e de autoridades políticas e religiosas, instituem uma espécie de enquadramento explicativo sobre as origens da Aids, procurando indiretamente nos dizer que a Aids tem sua origem nos países pobres. É uma enfermidade causada por promiscuidade sexual, especialmente pelas prostitutas, e também decorrente da não observância da moral cristã que prevê, por exemplo, a questão da fidelidade (FAUSTO NETO, 1999, p. 41).

A Aids foi uma “perfeita notícia” para o Brasil daquela época, visto ser um mal completamente novo, que remetia à década de 70 no que havia de mais escandaloso (sexo e drogas), à morte e ao sangue, às celebridades (mortas pela doença), sem fazer menção ao contexto político nacional – uma ditadura, sobre a qual pairava ares de reabertura democrática (GALVÃO, 2000; SOUSA, 2001). Aliás, a cobertura jornalística referia-se principalmente à liberalização dos costumes nos EUA, já que ela não teria ocorrido com a mesma intensidade no Brasil. Trouxeram-se à tona noções como virgindade, relações fixas e casamento, que se acreditava terem sido superadas após as transformações operadas na sexualidade durante os anos 1960. Aqui cabe mencionar as considerações de Susan Sontag sobre as mudanças trazidas pela Aids à sexualidade:

Os anticoncepcionais e a convicção, promovida pela medicina, de que todas as doenças sexualmente transmissíveis (bem como quase todas as doenças infecciosas) eram facilmente curáveis tornaram possível encarar a sexualidade como uma aventura sem consequências. Agora a Aids obriga as pessoas a verem a sexualidade como algo

que pode vir a ter a mais terrível consequência: o suicídio. Ou o assassinato. (SONTAG, 2007, p. 134)

Para Sousa (2001), a irrupção da Aids tornou cada vez mais pública a sexualidade (antes tradicionalmente confinada à privacidade e aos recintos íntimos e fechados), sendo a mídia um dos espaços mais importantes de ofertas de sentido sobre ela e de sua (re)construção. As sexualidades não foram apenas referenciadas nos textos jornalísticos, mas qualificadas, denunciadas e avaliadas, sugerindo-se mudanças de comportamento e advertindo-se para a revisão de valores, “justificados pela força de efeito de estatuto científico que o médico [...] garante através de sua fala” (SOUSA, 2001, p. 151).

Esse aspecto da enunciação midiática serve para mostrar que, nos anos 1980 e 1990, não mudaram as pessoas autorizadas a falar do sexo. Assim como no século XIX eram os médicos que tinham a prevalência da fala sobre a sexualidade, cem anos depois essa importância se mantém, caucionada pela urgência de debelar uma doença que, do terreno homossexual, avançava sobre o heterossexual. A diferença é que se, naquele momento, a “perversão” era a desculpa para o diagnóstico e para o tratamento da patologia, agora caminha-se no sentido inverso: toma-se a doença como o sintoma da “perversão” e da licenciosidade (SOUSA, 2001, p. 208).

Herzlich (1992)<sup>17</sup> apud NASCIMENTO, 2005, p. 131) afirma que as reportagens se, por um lado, contribuía para a disseminação de descobertas científicas sobre a Aids, por outro reforçavam o imaginário coletivo de que ela advinha necessariamente de práticas moralmente desaprovadas. Os médicos – legitimados socialmente como detentores do saber científico e da verdade – figuram entre as fontes mais ouvidas desde o início da epidemia, a ponto de até terem sido elevados à categoria de *stars* naquela época, tendo interessado à mídia inclusive suas vidas privadas (SOUSA, 2001, p. 146).

Algumas matérias eram pouco esclarecedoras cientificamente e cheias de contradições (NASCIMENTO, 2005, p. 86). Segundo Fausto Neto (1999), não houve “uma fala médica”, e sim “falas múltiplas”: uma disputa de sentidos, na medida em que não apontaram para um consenso sobre variadas questões. Por outro lado, isso afetou os leitores “ao perceberem a não existência de um ponto de vista dominante e universal, concluindo-se, assim, que o discurso de mediação – o de saúde – é igualmente uma construção revestida de muitas suposições” (FAUSTO NETO, 1999, p. 134). Tampouco houve consenso nas falas dos representantes do Estado a respeito das políticas públicas de enfrentamento – mostrando, mais uma vez, uma vasta arena de disputa simbólica.

---

<sup>17</sup> HERZLICH, C. Uma doença no espaço público. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2 (1):7-36, 1992. (Trad. Claudia Corbisier)

Na cobertura da Aids, foi e ainda é bastante empregada a metáfora militar, identificando a Aids e o vírus como os *inimigos* a serem *combatidos*. Esta metáfora tem sido amplamente utilizada desde o advento da patologia celular, fundada por Rudolf Virchow, que possibilitou entender, de modo mais preciso, serem as doenças causadas por organismos específicos, identificáveis e visíveis através do microscópio (SONTAG, 2007). O problema é que “a transformação da doença em inimigo leva inevitavelmente à atribuição de culpa ao doente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima” (SONTAG, 2007, p. 86).

A mídia brasileira passou a dar mais visibilidade à epidemia quando Markito<sup>18</sup>, famoso estilista homossexual de São Paulo, faleceu em decorrência da Aids, em 1983. Transformado em “paciente midiático”, Markito simbolizou a entrada da epidemia no país. A cobertura da mídia passou, então, a focar mais os acontecimentos do território nacional, ouvindo fontes daqui, apesar de escassas. Dentre elas, a SES-SP (Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo), que começava a estruturar um programa estadual de enfrentamento à epidemia, e alguns médicos pioneiros em tratar a Aids, como Valéria Petri (Escola Paulista de Medicina) e Drauzio Varella (FRANÇA, 2002, p. 41).

O relato da imprensa sobre casos de Aids entre homossexuais ricos brasileiros, que faziam constantemente a rota Rio/São Paulo e Nova York/Paris (como era o caso de Markito), muitas vezes representados como promíscuos, moldou uma imagem da Aids brasileira para toda a sociedade. Tal imagem sequer foi questionada pelas autoridades de saúde pública quanto a ser realmente representativa da realidade epidemiológica nacional daquele período (PARKER, 1994, p. 25).

Fausto Neto (1999, p. 65) identificou que o “lado humano” da Aids foi apresentado pelo sofrimento dos pacientes, associado à morte, ao desespero, ao suicídio, à transgressão, pelos quais eles apontam para seu mal-estar pessoal, psíquico e espiritual. A cobertura também anunciou as formas não-medicamentosas com que a sociedade lidou com os primeiros pacientes, incluindo medidas jurídicas.

A curiosidade deslocou-se para os ‘aidéticos’, identificados como parte de um grupo de seres humanos ‘diferentes’, ‘anormais’, que fugiam dos códigos coletivos, estabelecendo padrões próprios de busca do prazer ou vivendo formas de relacionamento diferentes das consagradas pela maioria moral. Por outro lado, nunca se pergunta ao ‘hepatético’, por exemplo, onde e como ele pegou hepatite (PAIVA, 1992: 8), caracterizando de forma clara as relações entre a doença Aids e seu doente. (SOARES, 2001, p. 87)

---

<sup>18</sup> Marcos Vinícius Resende Gonçalves, o estilista Markito, morreu aos 31 anos, em 04/06/1983.

A cobertura jornalística sobre a Aids tornou-se mais intensa no Brasil principalmente quando casos da síndrome passaram a surgir em pessoas não enquadradas tradicionalmente nos grupos de risco – sobretudo após a descoberta, em 1985, do status sorológico do ator americano Rock Hudson, símbolo máximo da masculinidade heterossexual construída por Hollywood (SOUSA, 2001). Principalmente entre 1983 e 1985, quando a epidemia começou a se disseminar pela sociedade brasileira, os títulos favoreciam a instalação de pânico, ao informarem a quantidade de novas vítimas fatais da Aids. Ademais, ao mostrarem perfis diferenciados de doentes, contribuíram para a ideia de que a Aids poderia atingir qualquer pessoa (FAUSTO NETO, 1999, p. 55).

É nessa época que a imprensa feminina passou a dedicar-se cada vez mais à cobertura da prevenção da Aids - ao contrário das revistas masculinas, que se silenciaram a respeito da síndrome (BUIIONI, 1997). Isso pode ter a ver com a própria transformação do corpo feminino, mais do que o masculino, em objeto de investigação científica, desde a virada do século XVIII para o XIX, com a consolidação daquilo que Foucault (1999) definiu como biopoder: um conjunto de técnicas para controle dos corpos e das populações<sup>19</sup>.

O surgimento de infectados não enquadrados nos grupos de risco poderia ter suscitado uma cobertura jornalística que questionasse a validade desse termo científico – o que, aliás, já estava ocorrendo no mundo. Entretanto, percebe-se desde o início da epidemia uma tendência da cobertura em privilegiá-lo (CARVALHO, 2009). É interessante notar que a sociedade, igualmente, parece ainda não ter incorporado a mudança do conceito de *grupo de risco* para o de *vulnerabilidade*: “Ainda hoje, quando se pensa em prevenção, parece que a maioria das pessoas se coloca como *não estando* inseridas nos chamados ‘grupos de risco’ – o que as isentaria de qualquer relação com a Aids” (SOARES, 2001, p. 82).

Com o surgimento de casos de Aids entre crianças, mulheres, heterossexuais e hemofílicos, a mesma imprensa que, no início da década de 1980, pautou a Aids como *peste gay*, no final da mesma década pautou o preconceito contra os doentes (PAZ, 2007, p. 65). Entre 1983 e 1987, os termos mais utilizados nas coberturas jornalísticas para se referir a eles foram *vítima*, *paciente* e *portador de AIDS* (VALLE, 2002, p. 185). Entretanto, segundo Sontag, (2007), o termo *vítima* ainda carrega forte correlação com culpa, pois o cristianismo impôs ideias moralizadoras sobre as doenças, tidas como uma punição divina, um castigo

---

<sup>19</sup> Mais sobre o biopoder no terceiro capítulo.

adequado e justo. Daí que “a ideia de vítima sugere inocência. E inocência, pela lógica inexorável que rege todos os termos relacionais, sugere culpa” (SONTAG, 2007, p. 86).

Até meados dos anos 1990, os casos de Aids entre os olímpianos configuraram o principal agendamento e a cobertura do tema Aids pela mídia no Brasil (CARDOSO, 2001, p. 82). A imprensa utilizou-se largamente de eufemismos para se referir à Aids entre eles, como *doença vaga, cansaço, alergia, estresse, misteriosa doença*. Recusou-se, também, a admitir a morte como finitude real, adotando para ela eufemismos como *nova viagem*. Isso se deve à própria crença de nossas sociedades na imortalidade, principalmente na dos artistas, esses seres situados “entre homens e deuses” (FAUSTO NETO, 1991).

Neste ponto, é importante referir-se ao cerimonial público de adoecimento e morte do cantor Cazuza, morto por Aids em 1990. Ele optou por tornar público seu status sorológico e seu processo-doença<sup>20</sup>, ainda que recusasse e criticasse qualquer cobertura midiática que sugerisse sua morte próxima. Ele indicou as estratégias do seu “cerimonial de sofrimento”:

O cerimonial da doença e morte de Cazuza guarda uma certa afinidade com as formas de morrer do passado. É verdade que ele passa pelos hospitais, entre internações e outras, mas permanece um sujeito, ao lado da mídia, do seu próprio cerimonial. A diferença daquela é que o processo ritualístico é exercido por mecanismos interativos mais sofisticados, em se tratando da doença e morte de uma celebridade: desta feita, quem desenvolve ritualisticamente o cerimonial é a mídia, fazendo com que a vida privada de Cazuza retorne ao espaço público, através das inúmeras formas de apropriação que ela desenvolveu no sentido de trazê-la até o chamado campo dos leitores. (FAUSTO NETO, 1991, p. 122)

Cazuza foi construído como um incansável lutador, que não se deixava vencer pela doença, que sempre dava a volta por cima, através do lançamento de novas obras artísticas:

[...] Cazuza, um ativo/doente, é apanhado pela “sintaxe” da mídia que também cria este modelo de doente. A mídia, ao mesmo tempo em que co-engendra um cerimonial próprio desta doença-morte, também aponta para um cerimonial privado vivido pelo artista que, no interior do seu padecimento, desloca-se, por onde pode – sobretudo pelo trabalho e pela exposição das suas ações – para criar um contraponto à sua enfermidade, possivelmente tentando escapar do ancoradouro letal (FAUSTO NETO, 1991, p. 124).

Entretanto, as fotos que acompanhavam tal cobertura escapavam à metaforização tão cuidadosamente empregada no texto para se referir ao real estado de saúde do cantor.

Cazuza era oferecido para a produção de um juízo estético de si mesmo e por parte dos outros. Se os títulos procuravam velar os impasses por ele vividos, a imagística revela uma espécie de ‘decomposição do corpo’, já que, na tradição da iconografia, as aparências do rosto sempre revelam, em última análise, o que se passa com o corpo... (FAUSTO NETO, 1991, p. 130).

<sup>20</sup> Cazuza não revelou sua soropositividade imediatamente. Houve especulações entre 1985 e 1989, ano em que ele decidiu publicizá-la.

Emblemática foi a capa da revista *Veja* de 26/04/1989 (*Cazuza – Uma vítima da Aids agoniza em praça pública*<sup>21</sup>), cuja magreza cadavérica do cantor “foi assustadora para aqueles que se souberam soropositivos ao HIV” (NASCIMENTO, 2005, p.164). Ele reagiu à revista, “contestando não sua condição de aidético, mas especialmente a construção jornalística, que o coloca no lugar da agonia” (FAUSTO NETO, 1991, p. 133). Fausto Neto atribui como uma das causas à alta repercussão (negativa) desta capa justamente o fato de não ter mantido os eufemismos típicos da “imprensa do coração” e ao colocar o cantor como “vítima”, e não como um “herói de batalha”.

Diferentemente dos doentes olímpianos, era reservada aos doentes pobres e ordinários uma outra cobertura, muitas vezes em tom moralista, sendo-lhes questionado o modo como contraíram a doença (BARATA, 2006):

O que nos parece novo nas chamadas matérias jornalísticas são as estratégias que constroem para anunciar que a Aids é uma ‘doença de pobre’. [...] Se os ricos adoecem e morrem discretamente, os pobres, vítimas de Aids, encontram nas mídias – e também em função de seus relatos – uma espécie de ‘praça pública’ onde seus descontentamentos e revoltas são dados a conhecer. Assim sendo, fica-se sabendo de ‘um outro sofrimento’ desses cidadãos aidéticos. Não o sofrimento (causas e consequências) da doença, mas ações que se passam (só) porque seus autores seriam portadores da Aids. Ao mesmo tempo, esses cidadãos são colocados ou praticam situações-limite: de um lado, estupram ou causam tumulto; de outro, são assassinados e aposentados porque são portadores da Aids (FAUSTO NETO, 1999, p. 68).

A partir de 1987, quando a intervenção clínica passa a cogitar a medicalização da vida com AIDS, a expressão que mais prevaleceu para se referir às PVHA foi *aidético*:

Qualquer pessoa infectada pelo HIV era chamada assim. [...] Ser um aidético veio sugerir, portanto, uma identidade abrangente que definia e agregava pessoas das mais diversas trajetórias e experiências sociais, culturais e subjetivas: mulheres aidéticas; pivetes aidéticos; gays aidéticos, etc. Todos eram sub-entendidos por meio de uma identidade comum, que era mais caracterizada pelo estigma da doença e sempre sobre o signo da morte. (VALLE, 2002, p. 185).

Entretanto, a partir de 1991-92, o tratamento à doença tornou-se uma realidade, passando a surgir pacientes que, devidamente medicalizados, retornam à sua vida social. Trata-se da *nova face da Aids*, o contraste com o aidético: o *soropositivo assintomático*, portador sadio do vírus, que vive uma “vida normal”. Seu símbolo midiático exemplar é o jogador de basquete Magic Johnson, cujo caso é “uma combinação de ideias de doença, coragem, força física e saúde” (VALLE, 2002, p. 186). Nesse período, Biancarelli (1997) percebeu uma mudança nas categorias identitárias empregadas pelo jornal *Folha de S. Paulo*: “Por exemplo, com exceção do uso em títulos, a palavra ‘aidético’ foi substituída por doentes

<sup>21</sup> Veja a capa em: <http://abr.ai/17KwTG4>. Acesso em 05 nov. 2013.

de Aids ou portadores do HIV. Grupos de risco passaram a ser grupos mais expostos a risco. E drogados viraram dependentes ou usuários de drogas”.

As matérias de 1996 sobre a XI Conferência Internacional de Aids, onde foi amplamente divulgada a terapia tríplice, abordaram-na “de uma maneira que poderia ser apreendida pelo leitor como uma possibilidade de cura” (GALVÃO, 2002, p. 81), impactando até hoje na eficácia das ações de prevenção.

Se compararmos este momento com as primeiras matérias sobre Aids no início dos anos 80 é possível perceber algumas diferenças: aquelas primeiras matérias, cujo tom persistiu até meados dos anos 90, estavam mais centradas na temática da educação visando a divulgação de informação no que, genericamente, poderia ser classificada como prevenção. A XI Conferência Internacional de Aids, realizada em Vancouver, representou uma guinada, deslocando a atenção da imprensa, da prevenção para a área de tratamento ou, mais especificamente, medicamento. (GALVÃO, 2002, p. 98).

Ademais, depois da lei brasileira que garantiu acesso gratuito e universal aos antirretrovirais para todas as PVHA que os necessitassem, foi dada pouca atenção a temas igualmente importantes, como prevenção, discriminação e preconceito para com as PVHAs:

O que pode ser visto nos anos vindouros, é que a magnitude deste empreendimento [lei No. 9313/96] e o ineditismo da ação tiveram, como uma das consequências, dar menos destaque, e visibilidade, para outras áreas de atuação, como a ação da sociedade civil, não somente do Programa Nacional de Aids (GALVÃO, 2002, p. 83, colchetes nossos).

A quantidade excessiva de notícias que veiculam o “final da Aids com o advento dos coquetéis”, da afirmação ufanista de ser o programa brasileiro de Aids o “melhor do mundo”, de que “há remédios e leitos para todos” (CONTRERA, 2005, p. 49-50), bem como o reconhecimento das ações do Programa Nacional, transformando-o em fonte confiável para a imprensa (GALVÃO, 2002) - principalmente depois da criação de sua assessoria de imprensa (SPINK et al, 2001) - são alguns dos motivos apontados pelos autores para justificar serem as vozes menos presentes atualmente na cobertura jornalística aquelas em defesas da capacidade e necessidade de a sociedade civil se mobilizar no combate à Aids (GALVÃO, 2002; DARDE, 2006, LEAL & CARVALHO, 2011; CARVALHO, 2012; CARVALHO, 2013).

A fala das PVHAs é praticamente ausente hoje – confirmando uma tendência da cobertura brasileira em colocar os soropositivos como objetos, e não sujeitos, de discursos (DARDE, 2006). Para Leal & Carvalho (2011, p. 7), isso indica a menor relevância dada às questões sociais pelos veículos noticiosos atuais, pois “inevitavelmente, desprivilegia uma miríade de pessoas e organizações direta ou indiretamente afetadas pelo HIV/Aids, como se suas formas de percepção da síndrome fossem menos esclarecidas, por exemplo, do que as

dos agentes científicos ou governamentais”. Se nas primeiras coberturas as PVHAs recebiam tratamento preconceituoso pela mídia, ao se identificar o doente, hoje isso se dá por estratégia de esquecimento (CARVALHO, 2012). Os personagens das narrativas são acionados, na maioria das vezes, como exemplos de convivência com o HIV/Aids, com tratamento ambíguo entre o gesto de resistência à síndrome e o descuido que levou à contaminação (CARVALHO, 2013, p. 15).

A cobertura jornalística vem acentuando uma tendência observada ao longo dos anos de priorizar as novas descobertas científicas da doença (FAUSTO NETO, 1999; SOARES, 2001; SPINK et al, 2001; GALVÃO, 2002; BARATA, 2006), em detrimento de temas que envolvam cidadania e discriminação – “fato que impressiona, tendo em vista os prováveis efeitos do vírus no tecido social, especialmente em consequência de sua disseminação e as maneiras com que a sociedade vai enfrentando as políticas públicas e sociais estabelecidas” (FAUSTO NETO, 1999, p. 34). Portanto, silenciam-se outras vozes que trazem questões sociais implicadas à Aids (NASCIMENTO, 2005; BARATA, 2006) – perpetuando, assim, a ciência como voz da autoridade e da verdade (BARATA, 2006, p. 144).

Concordamos com a afirmação de Leal & Carvalho (2011, p. 3) de que “a Aids deixou de gerar estardalhaço, integrando-se à rotina do noticiário no ritmo da pesquisa científica, das ações dos agentes de saúde e dos organismos estatais e outros, de diversas naturezas”. Quando surge no noticiário, a síndrome é tratada como uma questão grave de saúde a ser combatida pelo governo e pelos países em desenvolvimento (DARDE, 2006). Percebe-se a prevalência de fontes oficiais, como do Governo federal e da UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), e médico-científicas (GALVÃO, 2002; LEAL & CARVALHO, 2011; CARVALHO, 2012; CARVALHO, 2013). Estas apontam para o papel da indústria farmacêutica e dos centros de pesquisa no agendamento da temática (CARVALHO, 2013).

A maioria das notícias tem remetido a descobertas científicas ou tratado da prevenção do HIV de modo genérico, frequentemente acentuando o papel do uso da camisinha. A pouca divulgação atual sobre prevenção por parte dos jornais fere, segundo Darde (2006, p.160), a tarefa do jornalismo como um serviço público à sociedade. Além disso, tem implicações sociais sérias, pois afasta a Aids da vida cotidiana e restringe-a ao interesse majoritário da indústria farmacêutica:

A Aids “desencarnada” de corpos e práticas tanto pode contribuir para uma gradual eliminação e/ou minimização dos preconceitos que associam o HIV/Aids às populações LGBT, por exemplo, quanto pode auxiliar na construção de um

sentimento geral de que a síndrome se encontra agora restrita, em sua problemática mais geral, ao campo médico-científico. Caso prevaleça o último ponto de vista, corre-se o risco de não mais considerar o HIV/Aids como um problema de saúde pública, tornando-o circunscrito ao foro individual – em termos de hábitos e práticas de prevenção – ou de estrito interesse científico (LEAL & CARVALHO, 2011, p. 5-6).

Segundo Soares (2001, p. 18), o Estado tem sido apresentado como o interventor, associado à imagem do *controle*: é aquele que ordena e submete, legislando em nome do *bem comum*. Quanto à homossexualidade, o discurso que prevalece é o discurso moral. Já a principal imagem associada à Ciência é a de *cura*. Tal análise leva a autora a confluir os três grupos temáticos em dois eixos principais: “a oposição *mal x bem*, compondo a doença e o doente como recobertos por imagens de ‘pecado’ e ‘dano’, e a ciência como a redentora desses males, capaz de ‘curar’ e ‘salvar’”. A estrutura básica do discurso da Aids revestir-se-ia, assim, segundo a autora, de configurações imaginárias relacionadas ao domínio do religioso e do místico: o pecado e a salvação, o pecador e o salvo.

As coberturas jornalísticas mais atuais, na maior parte, não associam a Aids a qualquer identidade (seja LGBT, seja heterossexual) ou mesmo a comportamento sexual específico. Quando ocorre esta associação, verifica-se o resquício da noção inicial de *grupos de risco*, com sua limitação de exposição ao HIV quase exclusivamente pelo contato sexual, havendo referência a homossexuais, prostitutas, usuários de drogas, mas não mais a hemofílicos (CARVALHO, 2012). Há predominância da associação HIV/*Gay*, sendo o termo *gay* usado como designação genérica para toda a população LGBT – “tributária da essencialização e da naturalização do sexo a partir de uma matriz exclusivamente biológica, ignorando as complexas noções de gênero que modernamente orientam estudiosos das sexualidades” (LEAL & CARVALHO, 2011, p. 9-10).

Carvalho (2013) identificou que a cobertura atual faz associações indiretas entre homofobia e Aids, indicando certa dificuldade de a mídia associá-las como causa e consequência. O tratamento mais direto das conexões entre HIV/Aids e homofobia nas narrativas dá-se especialmente a partir de agentes governamentais (como ministros de saúde), representantes de organismos internacionais ligados ao combate ao HIV/Aids e médicos, revelando-os como atores sociais importantes para a manutenção dessa problemática como pauta jornalística. Às vezes, a correlação (direta ou indireta) do HIV/Aids com a homofobia ocorre com vieses moralistas (por exemplo, na sugestão de promiscuidade sexual), ou como uma pedagogia ou um dever de memória dos tempos em que a homofobia foi mais evidente. Mas, principalmente, resgata-se essa memória a fim de prevenir novas infecções entre jovens

homossexuais, que já nasceram na época dos tratamentos à Aids e, por isso mesmo, têm uma menor percepção de risco (CARVALHO, 2013, p. 13-14).

A Aids ainda se encontra em aberto quanto aos seus significados (CARVALHO, 2012, p. 115). Entretanto, percebe-se que a imprensa nunca deixou de associá-la com a morte. “Havia sempre uma sombra na consciência por trás dessa nova representação cultural da saúde no corpo de um doente. Sua identidade funcionava no campo ambíguo de contraste e interação entre saúde e doença” (VALLE, 2002, p. 186). A Aids ainda está associada a algo triste, trágico, um fim que ninguém gostaria de ter (SOARES, 2001, p. 105).

Concluimos, portanto, que o início da cobertura jornalística focou a Aids em seus aspectos trágicos, misteriosos, fatais e anormais, em termos do socialmente aceito (associando-a primeiramente aos homossexuais e aos usuários de drogas, e depois aos promíscuos), passando depois para uma cobertura de esperança, denúncia e alerta, mais amena e informativa (BARATA, 2006). Parece-nos agora que a Aids foi, ao longo dos anos 2000, perdendo força de noticiabilidade, tornando-se notícia apenas seus aspectos mais animadores, normalmente vinculados aos avanços da terapêutica – refletidos na diminuição dos índices mundiais de morte por Aids e de novos casos da doença – e ao vislumbre de uma possível vacina ou cura. Por isso mesmo, as fontes oficiais, seja de governo ou de agências mundiais relacionadas à epidemia (como a UNAIDS), bem como os cientistas, têm sido mais constantes nas coberturas atuais, havendo pouco destaque às OSCs ou as PVHAs. Estas, quando aparecem, são para ilustrar os benefícios trazidos pelas novas descobertas da ciência.

Nesta revisão bibliográfica sobre a cobertura jornalística da Aids, identificamos que há poucas pesquisas sobre rádio, TV e internet, bem como sobre as narrativas mais recentes a respeito da síndrome, principalmente sobre o período 2000-2010. Trata-se, portanto, de um bom nicho de pesquisa para os investigadores interessados em Comunicação & Aids.

### **2.2.2 Campanhas comunicacionais públicas contra o HIV/AIDS do Ministério da Saúde**

*Como fazer campanhas públicas e massivas de algo que não pode ser dito? Como divulgar aquilo que deve ser escondido, que deve ficar nos cantos escuros da linguagem? – Rosana de Lima Soares (2001)*

Nesta subseção, vamos apresentar o estado da arte das pesquisas mais recentes sobre as campanhas públicas comunicacionais de enfrentamento ao HIV/Aids feitas pelo Governo

federal (Ministério da Saúde). Discorreremos sobre como elas são planejadas/elaboradas e adiantaremos algumas críticas nossas a seu respeito.

Desde o início da Aids, com as dificuldades em se conseguir bons tratamentos ou mesmo a sua cura, várias nações constataram a importância de trabalhar a prevenção, principalmente através de campanhas de esclarecimento. Entretanto, o Governo federal brasileiro tardou em realizar sua primeira campanha nacional contra a Aids. Exibida em fevereiro de 1986, ela teve como garoto propaganda um olimpiano e também médico: o jogador de futebol Sócrates, que apareceu em um vídeo explicando as formas de transmissão da Aids e os cuidados para evitá-la: diminuir o número de parceiros sexuais e usar o preservativo (SOUSA, 2001, p. 148-149). É preciso entender que, por um bom tempo, a Aids foi negligenciada pelos governantes brasileiros, principalmente por atingir uma parcela da população altamente discriminada pelas políticas públicas: homossexuais e usuários de drogas. Foi apenas quando os casos de Aids entre heterossexuais aumentaram que a síndrome ganhou atenção do Ministério da Saúde, como veremos em mais detalhes no terceiro capítulo. Portanto, havia dificuldades em conseguir recursos financeiros para as campanhas nessa época (CARVALHO, 2009, p. 131).

De 1986 a 1993, as ações do Ministério da Saúde em relação à Aids foram marcadas pela utilização da educação a partir da informação:

Nos anos de 1987 e 1988, começou a ser implementado um programa educacional em grande escala. Neste sentido, a televisão, como meio de comunicação que, em princípio, atinge todas as camadas da sociedade e as diferentes regiões do país, tornou-se o veículo das campanhas educacionais de combate à aids, em nível nacional, além de uma série de materiais que acompanhavam as campanhas televisivas (cartazes, panfletos e outdoors) (CASTRO & SILVA, 2005, p. 165).

As primeiras campanhas ministeriais<sup>22</sup> foram calcadas no anúncio da doença de forma educativo-pedagógica. Atores famosos da TV, como Paulo José e Irene Ravache<sup>23</sup>, “ora se comportavam como médicos, ora como professores, e explicavam a doença e a importância da solidariedade na vida das pessoas infectadas” (CONTRERA, 2005, p. 44). Nesse formato “testemunhal” também apareceram pessoas comuns, vivendo ou convivendo com o HIV/AIDS. Eles se mostravam seguros; suas frases eram curtas, as cenas, impactantes e os depoimentos, confiáveis (PAZ, 2007, p. 96 e 180). Nessas campanhas, falou-se sobre saúde como um tema estrita e eminentemente biomédico – abordagem típica do modelo

<sup>22</sup> Em 1987, um ano após a primeira campanha ministerial, a indústria Johnson & Johnson, fabricante da marca mais conhecida de preservativos à época (Jontex), informou que o mercado crescera 45% (LIMA, 2006, p. 126).

<sup>23</sup> Veja os filmes das campanhas com os atores Paulo José e Irene Ravache, de 1987, respectivamente em: <http://bit.ly/JfWNYO> e <http://bit.ly/lj3ACoZ>. Acesso em 13 dez 2013.

campanhista e presente em vários programas televisivos sobre saúde. Posteriormente, esse discurso biomédico se diluiu, sendo retomado em algumas campanhas cujos apresentadores foram, ao invés de atores, os médicos, com o nome precedido do “Dr.” (SANTOS, 2003, p.4).

Havia nessas primeiras campanhas de 1987/88 uma forte estigmatização<sup>24</sup> dos usuários de drogas injetáveis e dos homossexuais, enquadrados nos *grupos de risco* - conceito epidemiológico fortemente combatido pelas próprias campanhas a partir de 1993/94, quando se buscou redimensionar a Aids como um “problema de todos” (CARDOSO, 2001, p. 124). A campanha *Aids, você precisa saber evitar*<sup>25</sup>, de 1987, por exemplo, foi duramente criticada por ativistas<sup>26</sup> por contribuir para estigmatizar os homossexuais masculinos e ter resultados desastrosos, como a diminuição de 50% nas doações de sangue. A campanha *Quem vê cara não vê Aids* (1988)<sup>27</sup>, cujo *slogan* é lembrado até hoje, contribuiu para discriminar o doente de Aids. Foi preciso realizar outras campanhas para resolver os problemas causados, como a *Amor não mata*<sup>28</sup>, de 1987 (Anexo 3.1), que sugere solidariedade ao paciente (NASCIMENTO, 2005, p. 148).

Diante da alta letalidade da Aids naquela época, as campanhas afirmavam a morte como o fim certo de quem não seguia os conselhos/ordens das suas mensagens, em tom moralista e autoritário - tendência que perdurou até 1991, quando surgiram os primeiros remédios. “No que se refere à gramática publicitária, a abordagem da morte é promessa de alto índice de lembrança para um comercial porque gera impacto, e impacto é parâmetro para a análise do sucesso da comunicação publicitária” (PAZ, 2007, p. 98). Entretanto, tal abordagem não faz “qualquer referência à solidariedade, esperança ou valorização da vida” (CARDOSO, 2001, p. 119-121) e ainda endossa “o pessimismo e o individualismo como sinônimos de prevenção” (PAZ, 2007, p. 180).

Segundo Janine M. Cardoso<sup>29</sup> (2001, p. 123 e 127), o filme *Arlequim*, da campanha *Aids, pare com isso*<sup>30</sup> (1988), foi o primeiro a associar a Aids ao carnaval. Esta festividade

<sup>24</sup> Segundo Paz (2007, p. 105), uma das campanhas veiculadas nos anos 1980, intitulada *Vila Saúde*, contém muitas representações preconceituosas e discriminatórias.

<sup>25</sup> Veja os filmes desta campanha em: <http://bit.ly/1cs6fQm>. Acesso em 13 dez 2013.

<sup>26</sup> Críticas da OSC-Aids ABIA a essa campanha podem ser encontradas no *Boletim Especial Abia* no. 2, de abril de 1988: <http://bit.ly/Y4YkHJ>. Acesso em 09 ago 2013.

<sup>27</sup> Veja um dos cartazes desta campanha em: <http://bit.ly/19mywun>. Acesso em 13 dez 2013.

<sup>28</sup> Veja o cartaz em: <http://1.usa.gov/XX4RBU>. Acesso em 09 ago 2013.

<sup>29</sup> Em sua dissertação de mestrado, Janine Cardoso (2001) estuda as campanhas de prevenção à Aids veiculadas pela TV, de 1987 a 1999, adotando a perspectiva da Semiologia dos Discursos Sociais e a Análise de Discurso como principal metodologia na percepção de como as práticas discursivas das instituições públicas governamentais vinham sendo permeáveis ao conceito ampliado de saúde, à participação social e à descentralização das ações, reafirmados nas Conferências de Saúde.

<sup>30</sup> Assista ao vídeo *Arlequim* em: [bit.ly/1fanbOP](http://bit.ly/1fanbOP). Assista, também, a outros dois vídeos desta campanha em: [bit.ly/16VIIQK](http://bit.ly/16VIIQK) e [bit.ly/19mYBsz](http://bit.ly/19mYBsz). Acesso em 02 nov 2013.

viria a se constituir, em meados da década seguinte, em uma data fixa para a veiculação de campanhas, lócus privilegiado do discurso pró-camisinha.

A primeira campanha para o Dia Mundial de Luta Contra a Aids<sup>31</sup> (*Gritos de Liberdade. Use Camisinha*)<sup>32</sup>, de 1989, conferiu ao uso do preservativo “um tom de mobilização política e reivindicação coletiva, para o que se utilizou a imagem de uma passeata, destacando a participação de diversos povos irmanados na causa” (CARDOSO, 2001, p. 128). Entretanto, a data apenas passaria a ser motivo de campanhas anuais a partir de 1992, marcadas por um discurso solidário (CARDOSO, 2001, p. 126).

Nesta época, havia muita intervenção da Igreja Católica “que, em diversas ocasiões, não se limitou apenas a criticar as campanhas, mas nelas interferiu de forma efetiva, sugerindo a mudança de frases ou censurando imagens consideradas ofensivas” (CARVALHO, 2009, p. 131). Ela exigiu, por exemplo, o abandono da expressão “camisinha” nas primeiras campanhas ministeriais (PARKER, 1994, p. 47). Daí que, segundo Josi Paz<sup>33</sup> (2007, p. 25), as mensagens experimentavam um silêncio, nas quais falava-se em “camisa de vênus”, “pênis”, “vagina”. Sob a influência da Igreja Católica, resultaram campanhas criticadas por não abordarem as formas de redução de risco de uma maneira clara e por proporem a abstinência sexual como a melhor forma de prevenção (MARINHO, 1999, p. 13).

Com o início da década de 1990 e a ascensão do presidente Collor e de seu ministro da Saúde, o médico Alcení Ângelo Guerra (tidos por alguns como conservadores), surge a fase das campanhas ministeriais que Contrera (2005, p. 45, colchetes nossos) denomina de “terror”: “[...] campanhas extremamente conservadoras, que tiveram como propósito arrefecer [sic] o medo e a desesperança. Usavam *slogans* como *Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar* [1991]; *Aids mata* e *Eu tive câncer e me curei, Eu tive sífilis e me curei, Eu tenho Aids! [e vou morrer, 1991]*<sup>34</sup>”. Tais campanhas motivaram a crítica das OSCs que, àquela época,

<sup>31</sup> O Dia Mundial de Luta Contra a Aids foi instituído em 1988 pela OMS: 1º. de dezembro. Alguns lemas foram: 1988 – Comunicação; 1989 – Juventude; 1990 – Mulher; 1991 – Compartilhando o desafio; 1992 – Aids: um compromisso com a comunidade; 1993 – É tempo de agir; 1994 – A Aids e a família; 1995 – Compartilhemos direitos e deveres; 1996 – Unidos na esperança: um mundo, uma só esperança. (GALVÃO, 2000, p. 64).

<sup>32</sup> Veja o vídeo desta campanha em <http://bit.ly/1bEpcRY>. Acesso em 04 de out 2013.

<sup>33</sup> Josi Paz (2007) analisou 61 peças de TV e 24 peças gráficas (principalmente cartazes) das campanhas ministeriais feitas até 2005.

<sup>34</sup> Nascimento (2005, p. 101) classifica a campanha *Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar* (1991) como desorientadora, estigmatizante, apeladora ao medo, criticada até pelos seus patrocinadores, um grupo de grandes empresas privadas (PAZ, 2007, p. 67). Um dos vídeos “[...] apresentava três pessoas que tinham tido diferentes doenças mas que haviam conseguido se curar, enquanto uma quarta pessoa, com aspecto de doente terminal, declara que, como doente de Aids, não tinha cura”. Devido às repercussões negativas da campanha, houve o afastamento de alguns dos responsáveis por sua aprovação (PAZ, 2007, p. 63). Àquela época, o Ministério da Saúde era dirigido pelo conservador Alcení Guerra. Veja o vídeo da campanha em: <http://bit.ly/1bS9TDE>. Acesso em 26 fev 2012.

entendiam a doença como crônica e não necessariamente letal, devido ao advento de remédios.

As campanhas ministeriais que se seguiram até 1991 eram impactantes e tinham a importante função de divulgar a existência da Aids (NASCIMENTO, 2005, p. 101). Contudo, foram criticadas por priorizarem informações básicas sobre transmissão (sexual e sanguínea) e prevenção (sugeriam apenas o uso da camisinha e a redução da quantidade de parceiros sexuais), por suas mensagens generalizantes à população, preconceituosas – principalmente para com os soropositivos e aqueles enquadrados nos “grupos de risco” (UDIs, homossexuais e prostitutas) – e por seu elevado custo. Tais campanhas eram realizadas por agências diferentes (algumas, por um *pool* delas) e continham vários filmes, cada qual explorando um aspecto da epidemia, como se tratassem de capítulos de um livro (CARDOSO, 2001, p. 127): um vídeo enfatizava a correlação entre infecção por HIV e o fato de se ter vários parceiros sexuais; o outro era dirigido a usuários de drogas etc. Entretanto, as mensagens subjacentes a estas campanhas eram, por diversas vezes, contraditórias: como os *slogans* *O amor não mata*, de 1987, (Anexo 3.1) e *Não morra de amor*<sup>35</sup> (Anexo 3.3), de 1988 (PARKER, 1994, p. 91). Em contrapartida, as OSCs-Aids destacavam-se por seus discursos alternativos, “impondo-se como um dos principais núcleos discursivos em relação à epidemia” (CARDOSO, 2001, p. 93).

As metáforas utilizadas para se referir ao doente estavam sempre relacionadas à morte, solidão e debilidade física, e a doença era dotada de atributos e intencionalidades malignos e poderosos. Ao mesmo tempo, apelava-se para a responsabilidade individual do sujeito para com sua saúde: “Embora fosse apresentada como uma guerra nacional, envolvendo todo o Brasil, a ênfase era na necessidade de atuação individual e preventiva de cada um” (CARDOSO, 2001, p. 127). A morte, vista por nossa sociedade como algo fora do rotineiro e evitável, foi utilizada por uma comunicação de risco nas campanhas contra a Aids: sempre por vir, seu advento poderia ser, ainda uma vez, adiado por meio de escolhas, cientificamente fundadas, do indivíduo em relação a seu estilo de vida (VAZ et al, 2007, p.146).

Com a renúncia do ministro da saúde Alcení Guerra e a sua substituição por Adib Jatene, em 1992, o novo plano de prevenção e educação passou a ser baseado “em princípios mais progressistas e menos terroristas” (PARKER, 1994, p. 95). Observa-se nas campanhas uma mudança positiva no trato persuasivo sobre a Aids<sup>36</sup> (NASCIMENTO, 2005, p. 152),

---

<sup>35</sup> O filme (Quadrilha) pode ser visto em: <http://bit.ly/1fr2vIz>. Acessos em 13 dez 2013.

<sup>36</sup> Um exemplo disso é a campanha sobre sexo com usuários de drogas injetáveis, de 1992 (Anexo 3.2). Veja o cartaz em: <http://bit.ly/17ThVtl>. Acesso em 26 fev 2012. Outra campanha-exemplo, de 1993, foi a “Fórmula 2x2x2” (1993), que

marcado pelo pronunciamento através de metáforas e alegorias (PAZ, 2007, p. 25). Essa Aids “mais leve” foi inaugurada na campanha *Você precisa aprender a transar com a existência da Aids*<sup>37</sup> (1994) (PAZ, 2007, p. 105). “O conceito de sexo seguro começou a ganhar força nas campanhas, enquanto o uso da camisinha passou a ser apontado como a única forma de prevenção da transmissão sexual, não se mencionando a redução de parceiros” (CARDOSO, 2001, p. 129).

Sobre o “sexo seguro”, é preciso fazer algumas considerações. Essa expressão não-técnica, sinônimo de sexo feito com preservativo, foi criada pela comunidade *gay* dos Estados Unidos, mais afetada pela Aids, pois

[...] mantinha intensa troca sexual interna, com poucas relações externas. Essa dinâmica, que favoreceu a presença acentuada de doenças sexualmente transmissíveis, também tornou possível a adoção de práticas de sexo seguro, incluindo o uso da camisinha, “motivadas pela auto-estima e sentimento de preservação da comunidade” (Parker et al, 1994a: 19). (CARDOSO, 2001, p. 80).

De certa forma, a expressão “sexo seguro” contribuiu para a ideia de que não só pessoas enquadradas nos *grupos de risco* estavam susceptíveis ao HIV (NASCIMENTO, 2005, p. 109 e 160). Tão preconizado nas campanhas em todo o mundo (no Brasil, está presente em campanhas do Estado e das OSCs), o sexo seguro, no entanto, não existe na prática: apesar de proteger contra a infecção pelo HIV, não corresponde a uma barreira eficaz a algumas DSTs, como ao HPV (Papiloma Vírus Humano), presente na base do pênis ou na região perigenital de homens e mulheres. Há, sim, uma redução, mas não a eliminação dos riscos associados ao sexo desprotegido.

Na sua versão original da proposta, utilizava-se o termo *safer*, ou seja, mais seguro, ‘mais seguro’ em relação à prática do sexo sem proteção, ou seja, sem a utilização de *condoms* (‘camisinhas’). A perda do R transforma tal conceito em algo insustentável, em um suposto sexo ‘seguro’, uma proposta absolutizante que não encontra correspondência na vida real [...] (BASTOS, 2006, p. 49).

Falar em estratégias “seguras” fica mais difícil ainda quando se trata de prevenir a infecção por HIV durante o uso de drogas injetáveis, “uma vez que a eliminação dos riscos e danos associados [...] só existe no marco do não-uso de drogas injetáveis” (BASTOS, 2006, p.52).

Entre 1993 e 1994, cresceu a preocupação com os jovens, e passou-se a produzir várias campanhas protagonizadas por adolescentes saudáveis e orgulhosos de usarem o

---

mostrava como se deve preparar uma fórmula para limpar as seringas partilhadas no uso de drogas injetáveis (SANTOS, 2003, p.4). Acesse ao folder desta campanha em: <http://bit.ly/J21NQz>. Acesso em 10 dez 2013.

<sup>37</sup> Veja alguns vídeos da campanha em: <http://bit.ly/HB3PpP>, <http://bit.ly/18NlqBv> (com a atriz Carolina Dickman), <http://bit.ly/1hCsIQj>, <http://bit.ly/1auZK3p> (com a atriz Letícia Sabatella) e <http://bit.ly/19ZfQQ2>. Acessos em 2 nov 2013.

preservativo desde a primeira relação sexual. Algumas dessas peças abordavam a homossexualidade. O tema da transmissão sanguínea passou a se restringir apenas às drogas injetáveis, e não mais às transfusões; e o discurso da solidariedade migrou-se para as campanhas de Dia Mundial (CARDOSO, 2001, p. 129)<sup>38</sup>.

As campanhas também passaram a atingir públicos específicos<sup>39</sup>, segundo a análise do comportamento da incidência da doença. Apesar de os boletins epidemiológicos ainda servirem de importante fonte de informação no delineamento das futuras campanhas, Cardoso (2001) afirma que há mediações políticas e ideológicas mais complexas na elaboração das peças e cita alguns exemplos:

[...] o eixo epidemiológico não determinou que as campanhas focalizassem o segmento feminino, quando os indicadores se voltaram mais decididamente para essa direção, já a partir de meados da década de 1980. As campanhas oficiais continuaram sendo dirigidas à população em geral [...]. Por outro lado, o predomínio da face masculina da Aids no imaginário social [...] não suscitou campanhas televisivas específicas para qualquer agrupamento masculino (homo, hetero ou bissexual), embora fosse a imagem mais trabalhada nas campanhas e iniciativas preventivas governamentais e não governamentais (CARDOSO, 2001, p. 140).

Além disso, diminui-se a quantidade de filmes por campanha (CARDOSO, 2001, p. 93 e 129). Segundo Contrera (2005, p. 46), em 1993 a maior parte da publicidade sobre a doença veio das OSCs em parceria com agências de publicidade locais.

A lógica do *comportamento de risco* veio substituir, em 1993/1994, a ideia de *grupo de risco* que tanto marcou as campanhas até então. A epidemia estava se espalhando e era preciso informar que todos estavam expostos à contaminação (PAZ, 2007, p. 92)<sup>40</sup>. Contudo, ainda permaneceu nas campanhas a ênfase na responsabilidade individual e no apelo à ação racional do sujeito (CARDOSO, 2001, p. 93). Essa ênfase individualista é fruto da influência internacional de um certo modelo de enfrentamento à epidemia, focado na lógica biomédica presente nas mudanças de comportamento, como as pesquisas conhecidas por *KAP - Knowledge/attitudes/practices* (Conhecimentos/attitudes/práticas) (GALVÃO, 2000, p. 149). Podemos dizer que, ainda hoje, mesmo tendo sido a noção de *comportamento de risco* substituída pela de *vulnerabilidade*, ela ainda está subjacente às campanhas de prevenção ministeriais atuais.

<sup>38</sup> Como a do Dia Mundial de Luta contra a Aids, de 1992. Veja todos os filmes desta campanha em <http://bit.ly/176MtYs>. Acesso em 04 out 2013.

<sup>39</sup> Data de 1993 a primeira campanha segmentada para os adolescentes, realizada pela MTV (CARDOSO, 2001, p. 129).

<sup>40</sup> Como na campanha *Você precisa aprender a transar com a existência da Aids*, de 1994: "...o risco é de todos, não importa com quem, mas sim como. A Aids não escolhe parceiro, ficou claro?" (MARINHO, 1999, p. 24).

Como resultado, as campanhas trabalham apenas a dimensão individual da vulnerabilidade - responsabilizando o indivíduo pelas suas escolhas desviantes - e olvidam as outras duas dimensões a cargo do Estado<sup>41</sup> (RODRIGUES, 2012, p. 82-83 e 109). Além disso, mais do que meramente responsabilizar, essa lógica culpabiliza o indivíduo no que se refere às medidas de prevenção e meios diagnósticos, uma vez que o comportamento “perigoso” que produz a Aids é encarado como mais do que fraqueza: é irresponsabilidade e delinquência (SONTAG, 2007, p. 98). O que esse discurso do risco pretende é uma distinção social entre quem sabe e quem não sabe cuidar de si (VAZ et al, 2007, p.146), através da internalização de uma norma, da seguinte forma:

[...] 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 por ventura 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 apud RODRIGUES, 2012, p. 98).

Entretanto, há vários sentidos circulantes sobre a noção de risco: aquele presente nas campanhas invoca o seu lado negativo, mas outros discursos associam o risco à aventura e à possibilidade de ganho (como na economia e nos esportes radicais) (RODRIGUES, 2012, p. 91). Segundo Richard Parker (1994, p. 126), a cultura sexual brasileira tem na noção da transgressão (um certo tipo de perigo ou risco) a sua definição de erótico, fundamental para a constituição do desejo, da excitação e do prazer sexual. Logo,

parece bastante evidente que as intervenções concentradas na redução do risco e no sexo mais seguro como parte de uma resposta racional a informações objetivas enfrentarão necessariamente uma série de dificuldades. Entretanto, em vez de tratar esse sistema cultural como uma barreira à redução do risco, uma estratégia mais eficaz poderia ser tentar enfrentá-lo abordando a erotização de práticas que realmente resultem na redução efetiva do risco (PARKER, 1994, p. 128).

O primeiro empréstimo do Banco Mundial possibilitou a profissionalização da publicidade como ação de prevenção à Aids, o pagamento de cachês a artistas e a verba para a veiculação das campanhas, sem a necessidade da participação de um *pool* de empresas, como em 1988. Desde então, todo o financiamento das campanhas vem do Ministério da Saúde, e não da Secretaria de Comunicação da Presidência (PAZ, 2007, p. 67 e 69). Nesta época, a Coordenação Nacional de DST/AIDS passou a contar com um forte aparato de comunicação<sup>42</sup>, que lhe permite ainda hoje manter um grande e regular volume de produção,

<sup>41</sup> Explicaremos melhor o conceito de vulnerabilidade no terceiro capítulo.

<sup>42</sup> Atualmente, o setor de comunicação do Departamento Nacional de DST/AIDS e HV atua em quatro áreas: assessoria de imprensa, edição (que coordena o processo de publicação de materiais como livros, revistas, cartilhas e vídeos educativos), publicidade (para elaboração de campanhas, articulando agências de publicidade, sociedade civil e Governo federal) e *site* do departamento (RODRIGUES, 2012, p. 51). De todos os subdepartamentos, o de Comunicação e a Comissão Nacional de

invejável a outros setores ministeriais, e contratar agências de publicidade. Segundo Janine Cardoso, entre 1994 e 2001 – data da publicação de sua obra -, a agência Master respondeu pela elaboração de todas as campanhas (CARDOSO, 2001, p. 131).

Cardoso (2001) destaca que o Ministério da Saúde possui outras estratégias comunicacionais além da televisiva, utilizando uma ampla gama de mídia a fim de atingir melhor o público-alvo, tão diversificado. Porém, o principal carro-chefe das campanhas são as produções televisivas, exibidas em emissoras comerciais, educativas, comunitárias ou por assinatura, em faixas diferentes de programação. Nelas, a noção publicitária de impacto ganha importância, pois é necessário destacar a campanha no fluxo ininterrupto e circular da programação de TV, no qual concorre com outros comerciais e até mesmo com a relação do espectador com o programa a que assiste (CARDOSO, 2001, p. 96).

Segundo os publicitários elaboradores das campanhas ministeriais contra a Aids no Brasil, a televisão é o melhor meio de divulgação porque é difícil segmentar a publicidade de prevenção à Aids, além de a tevê conjugar melhor o pequeno orçamento com a grande audiência (PAZ, 2007, p. 123). Contudo, para Josi Paz (2007) o orçamento não pode ser considerado pequeno, e a escolha pela tevê deve-se também a fatores de visibilidade política: “ao aparecer na tevê, o Ministério dá concretude aos seus investimentos e justifica-os” (PAZ, 2007, p. 123). Ademais, a TV não consegue atingir determinados grupos de comportamento *outsider*, nos quais a Aids tem se disseminado mais facilmente:

A linguagem televisiva talvez não consiga criar, na recepção, o vínculo e o reconhecimento necessários para romper com as resistências ao recebimento de uma mensagem autoritária e reguladora, especialmente [...] enviada pelo Estado justamente aos grupos sociais que enraizaram sua identidade nas práticas *outsiders*, como os usuários de drogas injetáveis. Nesse sentido, o uso da televisão, meio de comunicação dos incluídos, não conseguiria mandar o fluxo da mensagem para fora (PAZ, 2007, p. 126).

Foi a partir de 1994 que o discurso das campanhas aproximou-se daquele utilizado nas publicidades comerciais em geral (SANTOS, 2003, p. 5), cristalizando-se como modelo de campanha de prevenção à Aids ainda no fim da década de 1990 (PAZ, 2007, p. 188-190). Isso não significa que o discurso biomédico, tão característico até então, tenha deixado de existir. Ele “permanece como uma marca que caracteriza a epidemia de HIV/AIDS como um tema eminentemente de saúde e, mais especialmente, de uma sexualidade medicalizada, que precisa

---

Aids são os que mais travam contatos com as agências publicitárias responsáveis pela criação das campanhas. As agências de publicidade participam de processo de licitação obrigatório, mas geralmente são grandes e famosas. É do setor de Comunicação que se originam as primeiras decisões sobre as campanhas. Com base nas informações fornecidas por eles, os publicitários das agências contratadas criam as peças. Em seguida, elas são avaliadas na CNAIDS. Esta é composta por representantes do governo e da sociedade civil (pesquisadores, ONGs, profissionais de saúde, etc.) e atua como conselheira do Ministério da Saúde. Este, entretanto, é que tem a palavra final de decisão sobre alterações das peças e a aprovação das campanhas (PAZ, 2007, p. 56).

ser constantemente monitorada através dos limites do que conta como normal de ser apresentado na televisão” (SANTOS, 2003, p. 4). A mudança percebida é que, com o discurso publicitário comercial, busca-se vender não apenas informações biomédicas, mas sobretudo transmitir determinadas mensagens, enfatizar a mudança de comportamento, sugerir a adoção de determinadas práticas sexuais e, principalmente, fazer propaganda das propriedades do preservativo. “Há o pressuposto behaviorista de que as campanhas publicitárias na tevê podem mudar o comportamento sexual brasileiro” (PAZ, 2007, p. 83). Para Santos (2003, p. 5) é nesta fase que as campanhas assumem, mais do que nunca, os princípios do marketing social. Estes partem do mesmo pressuposto comportamental desenvolvimentista de que os problemas sociais (como as doenças) são causados por atitudes e pré-disposições dos indivíduos (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 110).

O grande problema do marketing social aplicado à saúde é que, mais do que um modelo instrumental de comunicação, trata-se de uma ideologia que não reconhece a saúde como um direito do cidadão, mas sim como um produto a ser consumido por um cliente. “A imposição da lógica do marketing confundiu a ideia de promoção de saúde, enfatizando a propaganda do produto (camisinha) associada às práticas e aos comportamentos seguros que também se desejava vender” (RODRIGUES, 2012, p. 21). Wildney Contrera (2005, p. 44) preocupa-se com o fato de que as campanhas de prevenção à Aids sejam elaboradas pelas mesmas agências que fazem campanhas de doces, margarinas, bancos, loterias, casas de conveniência ou eletrodomésticos: “Se as agências tratarem a Aids da mesma maneira pode-se tornar um agravante já que, na verdade, o produto que está sendo veiculado é um bem simbólico e que sua compreensão depende da subjetividade de cada um”.

Quanto ao marketing social aplicado à saúde, cabe perguntarmo-nos, portanto: “com quem nos relacionamos na saúde, com um “cliente”, com um “público consumidor” ou com cidadãos? Nosso objetivo é a persuasão ou a interlocução? Conhecer para convencer ou conhecer para universalizar o direito à comunicação?” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 111).

Ao analisar a seção de cartas dos leitores dos jornais *O Globo*, *Folha de S. Paulo*, *Correio Braziliense* e *A Tarde* de 1983 a 1995, Antonio Fausto Neto (1999) percebeu que os “receptores” das campanhas, por sua vez, não eram passivos e, muitas vezes, pensavam diferentemente das instituições emissoras de mensagens sobre a Aids:

[...] os receptores pensam ‘outras campanhas’, quando pedem que outras realidades sejam mostradas, como por exemplo o perigo das transfusões de sangue. Atacam claramente as iniciativas governamentais visibilizadas em suas campanhas, elegendo como alvo a questão do preservativo. Interpelam autoridades e argumentam sobre a

qualidade e a segurança da camisinha. [...] Denunciam as mídias e campanhas que estimulam a ‘sodomia e a promiscuidade’ (FAUSTO NETO, 1999, p. 89).

Segundo Alves (2013)<sup>43</sup>, a marca discursiva da publicidade nas campanhas de prevenção à Aids ilustra-se bem com a comparação, feita pelos seus elaboradores, entre seu índice de *recall*<sup>44</sup> com aqueles alcançados pelos anúncios das bebidas *Skol*, *Brahma* e *Coca Cola* (como ocorreu com a campanha de carnaval de 1999 *Viver sem Aids só depende de você*). No entanto, lembrar desses produtos é pensar em objetos de prazer, que atendem a uma sociedade hedonista e de consumo. E, ao contrário, lembrar a prevenção aponta para discursivos de renúncia, que caminham na contramão. Logo, esta campanha de 1999 “denuncia a encruzilhada de sentidos de uma sociedade que, regulando os corpos, tem que conviver justamente com o estímulo ao desejo. Esse é o dilema que possivelmente vai atravessar todas as campanhas seguintes” (ALVES, 2013, p. 96).

Josi Paz (2007, p. 22), inspirando-se nas ideias de Jean Baudrillard, atribui um pouco do fracasso dessas campanhas de prevenção ao cansaço do público diante de tantas mensagens recebidas do mundo capitalista, “que levaria a assistir a mais uma campanha de prevenção à Aids com o olhar distante, sem obedecer e sequer ouvir suas ordens; uma resistência ao pedido publicitário do uso da camisinha, um não-fazer, não-prevenir, que também podem ser lidos inversamente, como atitude e reação”.

Além disso, segundo Josi Paz (2007, p. 83), o que está em jogo é a própria impossibilidade de o discurso publicitário servir aos objetivos de enfrentamento da Aids para além de uma contribuição estreita. Como esclarece a autora, os manuais de redação publicitária informam que a mensagem não deve enviar dois “comandos” ou “ordens” ao mesmo tempo, mas sim ser objetiva, direta e resumida para ser mais eficaz. Isso representa uma dificuldade para os criativos, a quem se é solicitado falar de Aids e de outras DSTs a um só tempo (PAZ, 2007, p. 84). Daí também a impossibilidade de uma campanha criativa de prevenção ser, ao mesmo tempo, eficaz e comprometida com as pessoas soropositivas, como demonstra o depoimento de um publicitário que já produziu campanhas ministeriais: “Vamos falar que tem duas coisas. Uma coisa é ‘Nós podemos pegar aids’. Outra coisa é: ‘Temos que integrar as pessoas que têm aids na sociedade, conviver na sociedade’ (PAZ, 2007, 155). Ora, mas “o que a Aids solicita à publicidade é justamente originalidade, revolução de códigos,

<sup>43</sup> Com uma metodologia bem próxima da utilizada em nossa pesquisa, Wedencley Alves (2013) analisou discursivamente as descrições de 11 campanhas de prevenção contra DSTs, veiculadas na mídia pelo Ministério da Saúde no período que antecede e durante o carnaval, entre 1999 e 2009. As descrições das campanhas não são o material de análise em si, mas sim os textos de anúncio dessas campanhas (*releases*), redigidos por seus elaboradores, nos quais se explicitam os motivos para a escolha de determinado público-alvo, as intenções da campanha, seus objetivos etc.

<sup>44</sup> A pesquisa de *recall* é quantitativa e mede os níveis de memorização de marcas e campanhas publicitárias (PAZ, 2007, p. 75).

abertura de sentido. Ao tentar ‘vender’ a prevenção da aids como vende produtos para consumo, a publicidade ‘frustra-se’” (PAZ, 2007, p. 170).

Pesquisa de opinião feita pelo Ministério da Saúde em 1996<sup>45</sup> mostra que as campanhas ministeriais realizadas até então cumpriram uma função didática: os comerciais de TV foram os mais apontados como as melhores maneiras de se informar sobre Aids (75%) e a forma com que o entrevistado mais aprendeu sobre ela (45%) (PAZ, 2007, p. 81). Não há dúvidas de que, graças a essas campanhas, a camisinha se popularizou. Mesmo assim, ela é útil apenas para a via de transmissão sexual, e muitas vezes é percebida como um incômodo e uma barreira ao gozo – ao contrário de como é apresentada nas campanhas, “como garantia do orgasmo arrebatador para o casal” (PAZ, 2007, p. 198). “Parece que em se tratando de Aids, quem tem vocação publicitária é apenas a camisinha” (PAZ, 2007, p. 100), que “toma o próprio lugar de prevenção à aids, toma o lugar da própria aids” (PAZ, 2007, p. 199).

A partir de 1994, a segmentação de público foi ampliada (CARDOSO, 2001, p. 129-130), havendo nas campanhas de 1994 e 1995 uma preocupação com as mulheres: os boletins epidemiológicos apontavam existir uma mulher infectada para cada três homens soropositivos (CONTRERA, 2005, p. 46). “Havia uma grande preocupação do PNDST/Aids [Programa Nacional de DST/Aids] com as mulheres de baixa renda que, segundo sua avaliação, ‘são vítimas da pobreza, da falta de informação, de preconceitos, tabus e mitos de toda a ordem’” (NASCIMENTO, 2005, p. 159, colchetes nossos). Janine Cardoso (2001, p. 114 e 131) identificou que, na maioria dos filmes das campanhas destinadas ao público feminino feitos até 1999 (período por ela estudado), predomina uma tendência à enunciação pedagógica e o que Verón (1978 apud Cardoso, 2001) chama de “paralelismo”: o texto e a imagem seguem juntos, em sincronia. Este recurso visa “garantir o controle linguístico sobre o excesso de sentido das imagens”. As mensagens destinadas às mulheres, em geral, buscam elevar sua autoestima, a fim de que possam negociar o uso do preservativo masculino com o parceiro (como a campanha *Quem se ama, se cuida*, de 1995<sup>46</sup>). Mas, segundo Fernanda Rodrigues<sup>47</sup> (2012, p. 74), ao apresentarem o preservativo masculino como se fosse a principal, e talvez

<sup>45</sup> A pesquisa é intitulada *O Brasileiro e a Aids*.

<sup>46</sup> Estudo da OPS (Organização Pan-Americana da Saúde) em parceria com a ICW Latina (Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS na América Latina) (OPS, 2010) analisou a perspectiva de gênero do vídeo “Comportada”, desta campanha de 1995. Afirmou-se que mescla elementos tradicionais e não tradicionais. A mulher é dotada de desejo sexual e exerce sua sensualidade. Ao mesmo tempo, a frase em *off* “Tem horas que uma moça bem comportada tem que virar uma mulher sem vergonha (...)” ressalta as propriedades conservadoras do papel sexual feminino. Mas o complemento irônico da frase sugere mudanças sociais: “(...) de se cuidar e até de dizer não”. O filme *Comportada* está disponível em: <<http://bit.ly/1e5bkEK>>. Acesso em 17 abr 2013.

<sup>47</sup> Fernanda Rodrigues (2012) analisou os *releases* das 44 campanhas ministeriais de massa veiculadas entre 1998 e 2010 e os cartazes de 20 delas, aquelas direcionadas à população geral ou a público-alvo não especificado, a partir do referencial teórico de Michel Foucault, por meio de Análise de Discurso. Esta autora entende a mídia como um dispositivo de saber/poder e de controle na sociedade contemporânea. Seu objetivo foi investigar como essas campanhas enunciam os sujeitos das políticas públicas de prevenção à Aids e quais enunciados de prevenção são propagados.

única, solução para a prevenção ao HIV, colocam-no como norma e conferem à mulher uma posição passiva. Na prática, percebe-se, pelo aumento do caso de Aids entre mulheres, que elas não têm conseguido negociar o uso da camisinha, como ordenam as campanhas (RODRIGUES, 2012, p. 75). Segundo a autora, há uma origem histórica nesta forma de conceber a prevenção, pois, até pouco tempo, os métodos contraceptivos eram destinados apenas às mulheres, dispensando a participação masculina. Com o advento da Aids, promoveu-se uma cisão entre contracepção e prevenção a DSTs, ficando esta última recomendada para homens (RODRIGUES, 2012, p. 76-77).

Nesta fase das campanhas, surgem nos *slogans* metáforas e gírias, restringindo-se a fala científica, admitida apenas se configurada segundo a lógica da mídia (PAZ, 2007, p. 182). Ademais, nos filmes a estratégia de “cenas do cotidiano” passou a ser mais empregada que o recurso testemunhal característico da década anterior, pois “persuade sem interpelar diretamente o destinatário. Esse formato enunciativo é um ‘convite’, não uma ordem, para que a recepção se identifique com a mensagem e seu referente” (PAZ, 2007, p. 186). Em muitas destas “cenas do cotidiano” intensificou-se a ênfase no diálogo entre a família<sup>48</sup> (uma vez que crescia o número de mulheres e crianças infectadas). Simultaneamente, houve uma contenção da liberalização sexual, com a volta do discurso sobre redução de parceiros e abstinência sexual - ainda que fosse mantida nas campanhas para o carnaval, sempre pró-camisinha. A transmissão sanguínea não mais foi abordada nas campanhas nacionais, sendo tratada, agora, em outras estratégias, como as de redução de danos, que privilegiam a comunicação interpessoal. Em contrapartida, inseriu-se o tema das outras DSTs, que facilitam o desenvolvimento da Aids (CARDOSO, 2001, p. 129-130).

Em 1994, segundo Contrera (2005, p. 46), reinaugurou-se o discurso da solidariedade nas campanhas ministeriais<sup>49</sup>. Isso se deu, em grande parte, ao novo perfil mais variado de infectados (CARDOSO, 2001, p. 130), bem como às reivindicações das PVHAs que, devido aos avanços terapêuticos, mobilizavam-se por seus direitos sociais. Organizadas em OSCs que participavam da aprovação das campanhas, elas conseguiram vetar a retórica da morte nas mensagens, um grande “filão publicitário” (PAZ, 2007, p. 98), substituída por mensagens otimistas quanto ao viver com Aids (PAZ, 2007, p. 52). Alguns publicitários da área de criação que já desenvolveram campanhas ministeriais, entrevistados por Josi Paz (2007, p.

<sup>48</sup> Exemplo disso são os filmes da campanha de 1999, *A prevenção começa pelo diálogo*. Veja-os em: <http://bit.ly/18H1m4Z>. Acesso em 13 dez 2013.

<sup>49</sup> A campanha de 1º. de Dezembro de 1997 (*Criança com Aids, o Brasil dá um abraço*) revelou a preocupação com o aumento dos casos de infecção entre crianças e seu logotipo foi aproveitado por muitas ONGs. Entretanto, também foi criticada pela possibilidade de associação com a música *Aquele Abraço*, de Gilberto Gil, ou à expressão popular quando há descaso (“Ah! Aquele abraço!”), conotando “não estou nem aí” (CONTRERA, 2005, p. 47). Veja vídeos da campanha em: <http://bit.ly/176MtYs> e <http://bit.ly/176N649>. Acesso em 04 out 2013.

138), não concordam com este *policy*, porque ele não representaria a realidade da Aids (que ainda mata) e retira da publicidade um forte fator de impacto.

Apesar dessa conquista das OSCs, outros temas por elas reivindicados permaneceram ausentes das campanhas – alguns deles, até hoje:

[...] as terapias medicamentosas; os direitos humanos; as batalhas jurídicas em torno da garantia de emprego aos portadores e da cobertura dos planos de saúde; a ampliação, diversificação e institucionalização das ONGs/Aids, assim como do movimento de portadores e soropositivos. Todas essas dimensões foram sendo incorporadas, de forma mais ou menos turbulenta, ao campo pragmático do Ministério da Saúde e contaram com sua iniciativa ou pressão para serem incluídas também na pauta das secretarias estaduais e municipais de saúde. No entanto, não foram consideradas de interesse para as campanhas televisivas (CARDOSO, 2001, p. 130).

Em 1995, foi ao ar entre agosto e setembro a campanha *Bráulio*<sup>50</sup>, dirigida à prevenção do HIV entre homens. Ela causou polêmica e foi “a mais ousada” de sua época, apesar de seu personagem cômico ter sido uma evolução em comparação às abordagens fatalistas anteriores. A Igreja reagiu, porque era contra o uso da camisinha, e as pessoas de nome Bráulio se ofenderam porque assim foi denominado o órgão sexual masculino. Isso fez com que a Presidência da República interviesse e determinasse que as novas campanhas tivessem mais informação e menos ousadia. No entanto, tanta discussão rendeu frutos: aumentou-se a venda de preservativo no país em 40% (NASCIMENTO, 2005, p. 105). Além disso, seu *slogan Viva com prazer, viva o sexo seguro* é uma mensagem positiva de prevenção, pois erotiza a camisinha. O uso do humor nas campanhas contra a Aids justifica-se, segundo os publicitários responsáveis por elas, porque, através da televisão, o brasileiro principalmente se diverte (PAZ, 2007, p. 123). E o humor parece ser uma estratégia acertada: Marinho (1999) realizou um estudo de recepção de três campanhas contra a Aids (uma do MS, outra da MTV e uma da OSC Gapa-BA) com adolescentes na Bahia, no qual ela percebeu que “[...] a combinação de plasticidade e discurso caracterizado por elementos lúdicos, sedutores, provoca uma maior adesão do espectador” (MARINHO, 1999, p. 107).

O tom de humor persistiu na campanha de carnaval de 1997, *Carnaval do Peru*<sup>51</sup>, mas “gerou muita polêmica por conta do deboche e da humanização das aves travestidas de dançarinas de Charleston que bailavam ao som de marchinhas, com confetes e serpentinas” (CONTRERA, 2005, p. 47). Muitas vezes o uso do humor é criticado por, agora, banalizar a Aids (MARINHO, 1999, p. 27). Essa crítica é, principalmente, feita por OSCs, pois “essa

<sup>50</sup> Segundo a assessoria de comunicação do Centro de Documentação e Informação da Divisão de DST/AIDS do Ministério da Saúde, a agência de publicidade MASTER, responsável pela produção da campanha, realizou uma pesquisa em várias cidades brasileiras e o nome Bráulio apareceu como o mais presente para denominar o pênis. Por isso, empregaram-no na campanha (MARINHO, 1999, p. 25). Assista aos filmes em: <http://bit.ly/ZrsZyK>. Acesso em 04 out 2013.

<sup>51</sup> Veja o vídeo da campanha em <http://bit.ly/159STbN>. Acesso em 04 out 2013.

banalização põe em questão o sentido da própria existência dessas Organizações Não Governamentais que atuam no sentido de fazer operar sempre novos significados da doença” (MARINHO, 1999, p. 31).

Cardoso (2001, p. 118) também percebe que, a partir de 1997, há tendência a intensificar e valorizar o universo e as referências familiares nas campanhas televisivas, bem como uma aproximação do Ministério da Saúde à Igreja Católica – instituição que valoriza o espaço familiar e prega a abstinência sexual ou a redução no número de parceiros sexuais -, gerando críticas das OSCs-Aids quanto à moralização das campanhas resultantes. Para a autora, percebe-se nas campanhas entre 1987 e 1999 a negociação com diferentes instituições a cada momento, não podendo ser possível homogeneizar os tipos de discursos encontrados:

Em relação aos tipos de discurso, foi possível assinalar a predominância do ponto de vista institucional do Ministério, particularmente da leitura epidemiológica e das posições defendidas pelos organismos internacionais, como a OPS/OMS, por intermédio dos quais ecoou o discurso científico e seus princípios de classificação – manifestos na defesa do uso da camisinha, no discurso solidário e, mais recentemente, na defesa da família. Ao longo de todo o período analisado, houve momentos em que o emissor aproximou-se das posições da Igreja católica, outros em que prevaleceram as posições das ONGs/Aids e do movimento de soropositivos. O vínculo com o próprio SUS também não se manteve estável. Dessa maneira, embora o preconceito e as associações com a morte pareçam ter sido eliminados, o mesmo não se pode dizer quanto às intervenções normativas sobre práticas sexuais (CARDOSO, 2001, p. 132).

Em levantamento realizado por Cardoso (2001), dos 75 filmes feitos para as 27 campanhas nacionais do MS entre 1987 e 1999, a voz dos soropositivos esteve presente em apenas 14 (de 3 campanhas), e apenas 6 eram destinados a soropositivos: os da campanha *Tratar bem é lutar pela vida*<sup>52</sup>, de 1996, uma exceção no trato sobre os serviços públicos existentes para portadores, doentes ou interessados em se testar. “Essa foi a única campanha que enfatizou o fato de esses serem direitos de cidadania, deu destaque ao SUS e, curiosamente, trouxe a figura e a palavra do médico, dialogando com a atriz Sandra Bréa, na condição de soropositiva” (CARDOSO, 2001, p. 131). Um soropositivo real apareceu em campanha televisiva primeiramente em 1988 (*II Teleconferência Pan-Americana de Aids*, com a participação do escritor, militante da Aids e fundador do Grupo Pela Vidada, Herbert Daniel) - feito que só se daria pela segunda vez em 1992 (*Vamos juntos contra a Aids, de mãos dadas com a vida*)<sup>53</sup>, com a participação de soropositivos membros de OSCs-Aids (GAPABR-SP e ABIA) - dentre eles, Herbert de Souza, o Betinho (CONTRERA, 2005, p. 45). Essa estratégia pode ter sido como resposta às duras críticas recebidas pela campanha do

<sup>52</sup> A campanha conta com a participação do médico Cláudio Palombo e da atriz Sandra Bréa, que falam sobre os direitos dos soropositivos. O vídeo de 1 minuto está parcialmente disponível em <<http://bit.ly/16EURnO>> . Já os outros 5 vídeos, de 15 segundos cada, estão disponíveis em: <<http://bit.ly/17oF0r8>> . Acesso em 13 set 2013.

<sup>53</sup> Veja todos os filmes desta campanha em <<http://bit.ly/176MtYs>>. Acesso em 04 out 2013.

ano anterior, que decretava em vida a morte dos soropositivos. O *slogan* desta campanha de 1992 é um dos poucos a empregar a primeira pessoa do plural (CARDOSO, 2001, p. 125-126), refletindo o clima político da época, de *impeachment* de Collor, redemocratização e demanda por participação social.

Segundo Cardoso (2001, p. 138), as campanhas seguem tendo um acento conservador - apesar de alguns avanços, notadamente nas campanhas de carnaval - principalmente porque “sustentam e fortalecem representações hegemônicas e restritivas em relação às concepções e aos papéis sociais da vida privada (da mulher, do homem, da sexualidade e do casamento), e também sobre o processo saúde/doença, a cidadania e a atuação governamental”.

Exemplo disso foi a campanha do carnaval de 2000 (*Prevenir é tão fácil quanto pegar*), que reiniciou o ciclo de depoimentos. Ela apresentava uma mulher negra buscando pelo parceiro sexual do último carnaval, pois “Não sei se peguei ou se passei Aids”. A peça desagradou o movimento afro-brasileiro (CONTRERA, 2005, p. 48). Ademais, dirigida às classes C, D e E, ela evidenciou, segundo Alves (2013, p. 97), a compreensão de que esse seria o público menos “informado” e menos “letrado” em saúde, tratando-se de um resgate de acepções informacionais da comunicação, “a de que a mensagem, se passada sem ruído, alcança públicos e os conforma. Os déficits de compreensão e de informação seriam um ruído típico a obstruir a interpretação e a recepção da mensagem”.

Esse modelo comunicacional de campanha persiste ainda hoje. No relatório final do segundo empréstimo junto ao Banco Mundial (o Aids-II, vigente entre 1998 e 2003), ficou entendido que as campanhas haviam cumprido seu papel de informar a população. Entretanto, faltava provocar verdadeiramente a mudança de comportamento. A publicidade foi reforçada como um dos mais adequados meios para o exercício das atividades de IEC - Informação, Educação e Comunicação (PAZ, 2007, p. 81).

Tendo como referências as “teorias da comunicação” é possível identificar que o texto extraído do “Relatório Aids II – Banco Mundial” possui raízes nos referenciais hipodérmicos. A “dificuldade” estaria em encontrar *uma* “mensagem eficiente e eficaz”, uma mensagem ideal, embora fosse difícil encontrá-la em função da multiplicidade de assuntos que devem ser tratados: aids, preservativos, DSTs e da diversidade do público-alvo. Em outras palavras, pressupõe-se que, se fosse possível falar apenas de aids e para um só “público- alvo”, seria possível dar o tiro certo da *bullet theory* e dizer a mensagem ideal, fatalmente “eficaz e eficiente”. (PAZ, 2007, p. 83-84).

De 2002 a 2005, segundo Contrera (2005, p. 49), “as campanhas repetiram públicos já trabalhados, foram pouco criativas e, para muitos, passaram despercebidas. Na realidade,

preocupou-se apenas em manter a agenda do governo”. Entretanto, isso não exclui que tenha havido alguns deslocamentos discursivos importantes.

Segundo Alves (2013, p. 98), a campanha do carnaval de 2002 (*Sem camisinha nem pensar*<sup>54</sup>) representa descolamentos importantes em relação às três anteriores: descartou-se em definitivo o recorte de classe econômica, reafirmando o recorte de gênero e de idade, que se sustentaria nas campanhas ulteriores até 1999, período por ele analisado. Mas, para o autor, isso revela, entrelinhas, que, apesar das campanhas, o contágio mantém-se relevante, deslizando entre os grupos sociais. A campanha de carnaval do ano seguinte (2003) (*Mostre que você cresceu e sabe o que quer. Neste carnaval, use camisinha*<sup>55</sup>) foi a primeira a demonstrar preocupação com a escuta dos públicos a serem atingidos. Buscou-se compreender os sentidos atribuídos ao uso do preservativo entre os jovens (geralmente associado, segundo o enunciado de campanha, à prevenção da gravidez) e ao risco (geralmente negado por relações de confiança). Além disso, a campanha também foi a primeira a tornar evidente que se trata de um discurso publicitário em íntima relação com os bens de mercado: é estrelada pela cantora Kelly Key. Esta peça foi criticada pelo movimento das mulheres, que a consideravam vulgar; mas, segundo seus executores, agradou os jovens (CONTRERA, 2005, p. 49).

O *release* de lançamento da campanha do carnaval de 2004 (*Pela camisinha não passa nada. Use e confie*<sup>56</sup>) é, segundo Alves (2013, p. 100) o primeiro desde 1999 a mobilizar o discurso científico - o que, para o autor, é surpreendente, dado que ele (ainda mais no campo médico) é um dos que recebem mais chancela do conjunto da sociedade. Este recurso teve a ver com a desconfiança das pessoas, à época, de que a camisinha teria furos e, logo, de que a motivação para o seu uso poderia ser apenas de interesse mercadológico (já que, desde 1999, as campanhas vinham fazendo forte apelo à linguagem publicitária, tipicamente voltada para a venda de produtos). Veem-se conjugar, portanto, três discursos: um mercadológico, outro marcado pelo risco e pela renúncia, e um terceiro discurso diretamente vinculado ao discurso médico e tecnológico.

A campanha do carnaval de 2005 (*Vista-se*)<sup>57</sup> trouxe vários atores e “aparentemente sem um público específico definido, esteve mais próxima da população masculina pelas mensagens emitidas” (CONTRERA, 2005, p. 49). Ela foi motivada pelo dado de que, embora 96% dos brasileiros (do sexo masculino, de 15 a 54 anos) saibam que o preservativo é a

<sup>54</sup> Veja o vídeo da campanha em: <http://bit.ly/1f7raLu>. Acesso em 04 out 2013.

<sup>55</sup> Veja o vídeo da campanha em: <http://bit.ly/159WDKt>. Acesso em 04 out 2013.

<sup>56</sup> Veja o vídeo da campanha em: <http://bit.ly/1iX59F4>. Acesso em 04 out 2013.

<sup>57</sup> Veja o vídeo da campanha em: <http://bit.ly/hNtQwM>. Acesso em 04 out 2013.

melhor maneira de evitar a transmissão do HIV nas relações sexuais, apenas 25% o usam regularmente, em qualquer parceria. Mas a mensagem da campanha volta a insistir no uso do preservativo masculino como maneira mais eficaz de se prevenir ao HIV, silenciando-se sobre as relações homoafetivas entre mulheres e sobre outras DSTs não totalmente prevenidas apenas com o uso da camisinha masculina (como o HPV). Sem o respaldo de um argumento científico médico, é o discurso publicitário que tentou garantir a adesão (ALVES, 2013, p. 101).

Alves (2013) percebeu que, nas campanhas de carnaval entre 1999 e 2009, o esquecimento figurou como única causa das renitências ao uso do preservativo, e nunca as causas mais banais como o incômodo, o desconforto, o medo do fracasso sexual, o receio da perda do objeto de desejo. “Há um grande silêncio sobre questões que realmente devem afetar a adesão das pessoas à comunicação pública” (ALVES, 2013, p. 102).

Nas campanhas dos carnavais entre 2007 e 2009 (*Prazer com tranquilidade*<sup>58</sup>; *Bom de cama é quem usa camisinha*<sup>59</sup> e *Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não*<sup>60</sup>, respectivamente), Alves percebeu que os discursos imperativos, dos interditos, do medo e da renúncia, continuam dando lugar de forma mais regular a discursos menos interventores e de reafirmação do prazer: “Questões como o silenciamento acerca de outras DSTs não foram respondidas, as relações homoafetivas femininas permaneceram negligenciadas, a aproximação das campanhas do discurso publicitário mercadológico continuou dando a tônica, mas o tom interventor sobre o desejo foi finalmente evanescido” (ALVES, 2013, p. 103).

Segundo Fernanda Rodrigues (2012, p. 95), a campanha de Dia Mundial de 2007 (*Sua atitude tem muita força na luta contra a Aids*)<sup>61</sup>, destinada a jovens entre 14 e 24 anos, marca uma diferença em relação à maioria das campanhas ministeriais: ao trazer como tema o direito do jovem de exercer sua sexualidade e de usar o preservativo, coloca-o não como consumidor de um insumo de proteção, mas como um cidadão possuidor de direitos que o Estado deve lhe garantir.

A campanha do carnaval de 2007 (*Prazer com tranquilidade*), com atraso, levou em consideração também os soropositivos: foi incluída nas peças a mensagem “Vivendo com aids ou não, use camisinha e fique tranquilo” (ALVES, 2013, p. 102). Mas, segundo Rodrigues (2012, p. 52), nas campanhas de massa sobre Aids “as temáticas que envolvem viver com

---

<sup>58</sup> Veja o vídeo da campanha em: <http://bit.ly/1dqBCRX>. Acesso em 04 out 2013.

<sup>59</sup> Veja o vídeo da campanha em: <http://bit.ly/1e5DMq5>. Acesso em 04 out 2013.

<sup>60</sup> Veja o vídeo da campanha em: <http://bit.ly/1hMQBpR>. Acesso em 04 out 2013.

<sup>61</sup> Acesse as peças desta campanha em: <http://bit.ly/1jylSD>. Acesso em 07 out 2013.

HIV e a prevenção da epidemia, apesar dos avanços, ainda são um tabu<sup>62</sup>. Elas não abordam a prevenção *positiva* (voltada para as PVHA, através do incentivo ao uso de preservativos e à adesão ao tratamento), uma das principais contribuições para a renovação da política nacional de combate à epidemia atualmente. Ao contrário, as campanhas são voltadas prioritariamente a um outro público: “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” (RODRIGUES, 2012, p. 93). Nas campanhas de incentivo à testagem, pouco se informa sobre como é a vida para aquele que se descobriu soropositivo, tão cheia de readaptações quanto ao regime de tratamento e ao próprio exercício da sexualidade. Tampouco se informam quais serviços de saúde lhe são dedicados. Ademais, “de que forma seria possível combater o preconceito e a discriminação às pessoas que vivem e convivem com aids, se estas não se encontram inseridas no discurso das campanhas, a não ser quando são chamadas a se responsabilizar frente à epidemia?” (RODRIGUES, 2012, p. 102).

*A Declaração Política sobre HIV/AIDS: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/AIDS* (resolução adotada pela Assembleia Geral da ONU em 10 de junho de 2011) reconhece que:

[...] o enfrentamento do estigma e da discriminação contra pessoas vivendo ou percebidas como vivendo ou afetadas pelo HIV, incluindo suas famílias, também é um elemento crítico no combate à epidemia global do HIV, e reconhecemos também a necessidade, conforme apropriado, do fortalecimento das políticas [...] para poder combater tal estigma e discriminação (ONU, 2011, item 39).

No entanto, as campanhas realizadas pelas instâncias do Estado brasileiro não têm focado muito sobre este aspecto, preferindo abordar a prevenção através do “sexo seguro”. O Ministério da Saúde (2012, p. 33) afirma combater o estigma e a discriminação através de “campanhas, apoio a organizações da sociedade civil para a prestação de assessoria jurídica e apoio a ações de mobilização social, como encontros e reuniões de articulação dos movimentos sociais”, em uma clara atribuição desta tarefa às OSCs. Mas isso não parece ser suficiente: uma pesquisa divulgada em 2010 chamada *Atlis*<sup>63</sup> (sigla em inglês para Pesquisa Internacional sobre Tratamento da Aids para Vida), feita em 12 países, incluindo o Brasil, mostrou que 97% das PVHAs consideram que é preciso educar melhor a população sobre

<sup>62</sup> A campanha de Dia Mundial de 2009 (*Viver com Aids é possível. Com o preconceito, não*), apesar de combater a discriminação às PVHA e abordar positivamente o viver com HIV/Aids, não abarca a complexidade desse viver (RODRIGUES, 2012, p. 102). Acesse as peças desta campanha em <http://bit.ly/1agP8B5>. Acesso em 07 out 2013.

<sup>63</sup> Acesse alguns dados da pesquisa na página da IAPAC, responsável pelo estudo: <http://www.iapac.org/ATLIS/>. Acesso em 12 dez 2013.

HIV/Aids, como forma de reduzir os estigmas. No Brasil, 41% dos soropositivos dizem se sentir sozinhos ou isolados em razão da doença e 22% se consideram um “peso” para amigos e familiares (22%..., 2010, sem paginação).

Atualmente, percebe-se nas campanhas a manutenção do discurso pró-camisinha e da ênfase na responsabilidade individual. Constatamos ainda ser atual a seguinte afirmação de Janine Cardoso, feita há 12 anos:

Embora a perspectiva da multivulnerabilidade avance em alguns projetos, predomina, ainda hoje, a ênfase na responsabilização pessoal dos riscos de contaminação. É possível afirmar com segurança que nas campanhas televisivas sua força não tem declinado. Consequentemente, mantém-se a normatividade característica da racionalidade clínica e epidemiológica hegemônicas. Com frequência, o movimento de soropositivos e das entidades envolvidas com a epidemia sente-se atingido pelo acento moral e/ou excluído do universo de preocupações das campanhas nacionais (CARDOSO, 2001, p. 92).

O relato da sociedade civil brasileira para a elaboração do último informe UNGASS-AIDS (2012) critica em vários pontos as campanhas de prevenção contra o HIV/Aids elaboradas pelos Governos federal, estadual e municipal. No item 2.2, consideram-se ineficazes as atuais campanhas de testagem ao HIV e criticam-se as de Dia mundial de luta contra a Aids. Sobre as campanhas de testagem, sustenta-se que “são dirigidas ao público em geral e não atingem as populações mais vulneráveis”. Sobre as campanhas de 1º. de Dezembro, afirma-se que:

Em 30 anos de Aids, nunca houve no Brasil um primeiro de dezembro dedicado aos gays, travestis, transexuais e homens que fazem sexo com homens, parcela de cidadãos com alta prevalência de infecção pelo HIV. A opção por este tema anunciado pelo governo federal em 2011, recebida com otimismo pelas ONGs e ativistas, foi logo descaracterizada pela mudança de foco, ampliação de público, diminuição de verbas e submissão à patrulha homofóbica e religiosa que tem contaminado as decisões do Executivo e do Legislativo no Brasil.

Uma pesquisa realizada no setor de DSTs da Universidade Federal Fluminense (PASSOS et al, 2010) aponta que, após o carnaval, não há aumento nem diminuição no índice de gravidez e nem de contaminação pelas DSTs sífilis, gonorreia e tricomoníase<sup>64</sup>. Por isso, segundo as conclusões do estudo, as campanhas de prevenção de massa realizadas nesta época pelo governo não são eficazes e baseiam-se no “mito” de que, no carnaval, as pessoas

---

<sup>64</sup> A pesquisa baseou-se somente nos 2646 prontuários de pacientes diagnosticados com uma das três doenças no setor de DSTs da UFF entre janeiro de 1993 e dezembro de 2005 – total de 13 anos. Mas os pesquisadores argumentam que, por este setor ser referência nacional e atender pacientes de toda a Região Metropolitana do Rio, os resultados da pesquisa se aplicam a todo o estado. Nos 13 anos estudados, o carnaval caiu no mês de fevereiro em 11 deles. A pesquisa não registrou maior número de casos das três doenças nos meses de fevereiro, março e abril, época imediatamente após o carnaval. Constatou-se que o mês em que nascem mais crianças é o de maio. Se no carnaval as pessoas transassem mais, os filhos nasceriam entre outubro e novembro.

transariam mais. Ademais, sustentam que campanhas massivas deveriam ser realizadas ao longo de todo o ano. O Ministério da Saúde rebateu as críticas da pesquisa, afirmando que os resultados encontrados em um setor de Niterói não podem ser extrapolados para o estado do Rio de Janeiro nem para a nação por uma questão de representatividade de população. Além disso, sustenta que o carnaval de Niterói pode ter características distintas da festa de outras localidades, assim como pode ser menor o índice de oferta/procura por atendimento em setores de DST (VICTOR, 2008).

Os avanços e retrocessos nas mensagens das campanhas mostram que elas são fruto de uma multiplicidade de atores envolvidos na sua elaboração, cada qual trazendo suas concepções morais e seus interesses: técnicos do Ministério da Saúde (epidemiólogos, sanitaristas, profissionais de educação e comunicação, tanto do DDAHV quanto de outros setores ministeriais); agência de publicidade; produtora de vídeo; instituto de pesquisa de opinião etc. A aprovação dos filmes para exibição percorre essas instâncias em sentido inverso e chega à Secretaria de Comunicação da Presidência da República (CARDOSO, 2001, p. 96). Como afirmou Euclides Castilho, assessor do PNDST/Aids em 1996, a campanha final:

[...] depende dos comunicólogos que vencem a licitação; há aqueles maniqueístas, para os quais só há o sim ou o não; há aqueles que tendem a ser mais discursivos; há ainda os que acham que campanha continuada vulgariza o tema [...]. Se você me perguntasse aqui qual a situação mais difícil em relação a esse programa, eu diria: são as campanhas (NASCIMENTO, 2005, p. 162).

Segundo Josi Paz (2007, p. 69 e 160), o longo debate na CNAIDS (Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais) sobre as campanhas sugeridas gera frustração nos publicitários responsáveis por sua criação porque, segundo eles, muitas pessoas opinam e atrasam todo o processo. A possibilidade de um discurso mais polifônico, que vislumbre também a voz do outro, é compreendida por eles como um incômodo, uma “patrulha”:

A aids que é anunciada não fala e não pode falar das ruas, dos hábitos e das contradições do povo, do sexo vivido nos recônditos urbanos. O que é mostrado é apenas o produto da fala da mídia, que se deseja vencedora na disputa por qualquer dizer, seja sobre a aids, seja sobre a política, qualquer referente (PAZ, 2007, p. 215).

Segundo Cardoso (2001, p. 111), a presença do “sujeito da enunciação” *Ministério da Saúde*, através da colocação de seu logotipo, no final das peças televisivas das campanhas marca-o diferenciadamente como a voz de autoridade e “valoriza este final como um tempo/espço nobre, como no final das fábulas, quando se resume a moral da história, a ‘essência’ que deve ser retida”. Nas outras peças, esse papel fica a cargo do *slogan*.

O Ministério da Saúde manteve a liderança do discurso de prevenção da Aids nas campanhas de TV, ainda que tenha havido iniciativas de secretarias estaduais (SES) e de OSCs (CARDOSO, 2001, p. 131). “Mesmo nas atividades que envolvem parcerias, já foi assinalado que a maior extensividade social ou geográfica do discurso preventivo oficial é bem mais acentuada do que a pluralidade dos discursos sobre a Aids” (CARDOSO, 2001, p. 133). Nas próximas subseções, vamos conferir como são as campanhas de prevenção realizadas pelas SES e OSCs no Brasil.

### **2.2.3 Campanhas comunicacionais contra o HIV/AIDS feitas por secretarias estaduais e municipais de saúde**

Nesta subseção, vamos apresentar o estado da arte das pesquisas sobre as campanhas públicas comunicacionais de enfrentamento ao HIV/Aids feitas pelas secretarias estaduais (SES) e municipais de saúde. Adiantamos, desde já, que não há vasto material sobre o tema, tampouco sobre as campanhas específicas da SES de Minas Gerais, objeto particular de nosso interesse.

Indo na contramão de um dos princípios do SUS, o da descentralização, a elaboração das campanhas de prevenção à Aids feitas por organismos do governo no Brasil ainda está centrada na esfera federal, no Ministério da Saúde. Ainda que se entenda serem as respostas regionais à Aids mais eficazes no combate às características específicas da epidemia de cada localidade, a maioria das secretarias estaduais e municipais de saúde não realiza campanhas midiáticas e massivas de forma sistemática, havendo um “quase-monopólio da produção discursiva de caráter nacional sobre Aids *versus* a mobilização de diferentes segmentos sociais para ampliar sua participação no campo da saúde e da Aids” (CARDOSO, 2001, p. 25-26).

Richard Parker (1994, p. 106) justifica a baixa produção de campanhas e materiais educativos sobre Aids por parte dos programas municipais e estaduais ao fato de eles não receberem tanta verba para isso e sofrerem as mesmas pressões que o Ministério de Saúde de grupos mais conservadores. Segundo Alessandra Nilo (2005, p. 53), com base em dados de 2005, “ao analisarmos os Estados e municípios, por exemplo, observamos que suas verbas anuais para comunicação e informação, em geral, representam menos de 2% do valor de uma

única campanha nacional” – que custava, em média, R\$ 6 milhões para veiculação em torno de 15-30 dias<sup>65</sup>.

A avaliação sobre os programas educacionais mostrou que a mudança de comportamento é estimulada mais eficazmente por atividades de promoção de saúde mais específicas e direcionadas (como são as campanhas das SES), embora as orientadas de forma mais genérica (como são as campanhas ministeriais) também sejam importantes para a manutenção dessas mudanças ao longo do tempo (PARKER, 1994, p. 113).

Ainda que uma ou outra secretaria estadual e municipal de saúde invista, em alguns momentos, em campanhas de mídia tradicional (TV, rádio, *outdoor* etc.), a maioria das ações comunicacionais contra o HIV/Aids feitas por elas dá-se em outros formatos e conta com a participação voluntária de membros de OSCs-Aids. Trata-se da distribuição de material próprio ou de peças da campanha nacional em locais ou eventos frequentados por públicos prioritários, além de ações criativas de mobilização durante o carnaval e o dia mundial de luta contra a Aids, com a distribuição de preservativos e material informativo em espaços públicos. Um exemplo desse tipo de ação criativa de mobilização foi a “Abraço”, realizada pela SES-MG, em Belo Horizonte, no dia 1º de dezembro de 2012. Mais de cem voluntários circularam pela cidade vestidos com camisetas dizendo *Eu tenho AIDS, me dá um abraço?*; *Eu não tenho AIDS, me dá um abraço?* e *Eu não sei se tenho AIDS, me dá um abraço?*.

Vale a pena citarmos aqui o estudo de Cardoso & Araújo (2005) em parceria com a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, denominado PesquisAids. O intuito era experimentar um novo método de avaliação e formulação de ações comunicativas para a prevenção que buscasse ir além dos métodos mais tradicionais. Estes, como vimos na subseção anterior, costumam obter como resposta apenas ecos da própria fala institucional, pois

[...] apenas nos informam o quanto as pessoas compreenderam ou se recordam das mensagens veiculadas, mas não falam do modo como elas articulam essas mensagens com seu acervo pessoal e social de conhecimentos, de informações e de opiniões. Por isto, não possibilitam apreender os sentidos sociais que são produzidos quando uma mensagem institucional entra em circulação (ARAÚJO, 2005, p. 26).

O PesquisAids buscou formular um novo método, com dois eixos principais: 1) favorecer que as pessoas produzissem suas próprias estratégias de comunicação para prevenção epidemiológica; 2) analisar essas estratégias para compreender os sentidos sociais

---

<sup>65</sup> Os valores monetários informados correspondem ao montante investido na época, não tendo sido corrigidos para ao que equivaleriam hoje. Em 2007, cada campanha poderia custar entre R\$ 4 milhões e R\$ 8 milhões, ou mais (PAZ, 2007, p. 67).

produzidos. Tinha-se como objetivo, também, que esse método pudesse ser incorporado à dinâmica dos serviços e instituições de saúde das localidades estudadas.

Nesta pesquisa, as autoras abordam o conceito de “mobilização” como a potencialização do movimento já existente de produção e circulação dos sentidos sociais: é evidenciá-los, favorecer sua circulação e contribuir para que as vozes da população estudada fossem consideradas pelas instituições responsáveis pelas políticas públicas:

Buscamos a proposta de Bernardo Toro, que considera que mobilizar é favorecer que os sentidos sociais que geralmente não são ouvidos, que ficam abafados pelas vozes das mídias e das instituições, possam ser ampliados e escutados. E aí firmamos um conceito importante para nós: mobilizar é favorecer o movimento, o movimento das pessoas, sim, mas sobretudo o movimento dos sentidos. E criar condições para que este movimento seja percebido. (ARAÚJO, 2005, p. 29).

É o conceito acima de mobilização que adotaremos nesta dissertação – e não o mais corrente segundo o qual ela é “um processo que pede à população uma ‘paralisação’ das atividades cotidianas para atender ao chamado de ação coordenada em geral pelas instituições” (CARDOSO & ARAÚJO, 2005, p. 03).

O PesquisAids foi realizado entre fevereiro de 2002 e julho de 2003, nos bairros cariocas de Curicica (Zona Oeste) e Lins de Vasconcelos (Zona Norte), com adolescentes em situação de risco social, na faixa de 13 a 24 anos. Dentre as principais conclusões, está a evidência de que os contextos locais e os dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que exigiram a reconfiguração do método de pesquisa, reforçaram que os sentidos não estão prontos, nem nas mensagens e informações ofertadas, nem no campo da recepção: “Os sentidos são configurados no espaço de encontro (e também de desencontro) entre eles, da interlocução e, portanto, são sempre contextuais” (CARDOSO & ARAÚJO, 2005, p. 01). As autoras identificaram, também, que não se pode supor serem “os jovens” uma categoria homogênea, mas composta por grupos os mais diversos – daí “como supor que uma estratégia poderia ser eficaz para o ‘jovem em geral?’” (CARDOSO & ARAÚJO, 2005, p. 09).

A solução, portanto, estaria na descentralização da comunicação, seja no seu diagnóstico, no planejamento, na implementação ou na avaliação. Refletindo sobre o estudo das autoras, argumentamos que as secretarias de saúde e as OSCs desempenhariam papel importante na concretização da descentralização das campanhas de prevenção à Aids.

A seguir, veremos como são algumas das campanhas de prevenção à Aids feitas pelas OSCs-Aids no Brasil.

#### **2.2.4 Campanhas comunicacionais contra o HIV/AIDS feitas por organizações da sociedade civil**

Nesta subseção, vamos apresentar o estado da arte das pesquisas sobre as campanhas públicas comunicacionais de enfrentamento ao HIV/Aids feitas por organizações da sociedade civil relacionadas à Aids (OSC-Aids). Adiantamos, desde já, que não há vasto material sobre o tema, tampouco sobre as campanhas específicas de OSC-Aids de Minas Gerais, objeto particular de nosso interesse.

Como vimos na subseção anterior, as campanhas de cunho local são mais próximas à realidade de seus públicos e, por isso, funcionariam melhor no combate a uma epidemia de Aids tão marcada por diferenças regionais, como é a brasileira. Segundo Nascimento (2005, p. 99), “a ação governamental em relação à saúde é sabidamente pouco eficiente e eficaz, tanto em termos de prevenção (faltam campanhas e materiais educativos adequados) quanto de assistência [...]”. E justamente por ser improvável que o Ministério da Saúde destine 100% de seu orçamento a campanhas para mídias alternativas (PAZ, 2007, p. 130), esta tarefa importante fica a cargo das OSCs. Ademais, as campanhas realizadas pelas instâncias governamentais nunca abarcarão as disputas em torno da epidemia, protagonizadas pela sociedade civil organizada e pelas PVHAs que discordam das políticas públicas de enfrentamento:

No caso da aids, o planejamento publicitário fica marcado por essa disputa entre o que o objeto pede (falar de diferenças, problemas, impasses) e o que o anunciante governamental pode (mostrar exatamente o oposto disso). O planejamento realizado na agência de propaganda organiza-se, então, não só em função das demandas do problema “anunciar a prevenção à aids”, mas também, e principalmente, em função de uma aids que seja anunciada “sem expor o governo” (PAZ, 2007, p. 131).

No Brasil, a militância das OSCs-Aids resultou em uma atuação fundamental para a informação e prevenção da doença, forçando a definição das políticas de saúde (NASCIMENTO, 2005, p. 99). A Aids provocou muitas informações, de várias e múltiplas fontes e, para Brito & Pedrosa (2011, p. 25), “as ONG e redes de luta contra a Aids têm papel fundamental no processo de democratização dessas informações, socializando-as com as comunidades que representam e/ou se relacionam”. Para os autores, as campanhas feitas por OSCs seriam desejáveis à medida que trariam outros discursos, outras vozes, outras visões sobre o HIV/Aids, a prevenção, a sexualidade, a atenção ao doente etc. Elas ajudariam a romper com a hegemonia de sentidos do Ministério da Saúde sobre essas esferas.

É nesse cenário de extrema concorrência sobre os sentidos da epidemia que irrompem as campanhas publicitárias do governo. Não se pode afirmar que a publicidade é apenas mais uma voz que se ergue, tentando se fazer ouvir entre as outras: a publicidade é voz autoritária que pretende silenciar as outras. Sua busca é pela (impossível) última palavra. A despeito da existência de outros sentidos não midiáticos (na) para a aids, é o sentido publicitário que se propõe como hegemônico. A publicidade mascara os conflitos que fazem parte das relações eróticas e estereotipa gêneros e papéis sexuais (PAZ, 2007, p. 158).

Antes mesmo de as esferas governamentais elaborarem campanhas de informação sobre o HIV, as OSCs já produziam material, também caracterizado pela tentativa de desconstruir estereótipos negativos sobre a doença e seu portador. Pelo menos desde 1983 (portanto, antes das primeiras campanhas ministeriais), grupos de militância homossexual promoviam campanhas de esclarecimento (CARVALHO, 2009, p. 130). Segundo Cardoso (2001, p. 93), seus discursos destoavam das iniciativas do governo, do sensacionalismo da mídia e do discurso religioso, em prol da inclusão de temáticas culturais e socioeconômicas mais amplas. Um exemplo disso é o cartaz abaixo<sup>66</sup>, feito pela OSC ABIA, do Rio de Janeiro. Segundo Nascimento (2005, p. 151), a peça foi desenvolvida em resposta à campanha do Governo federal de 1991. Nela, Deus entrega ao homem um preservativo. Esta campanha, claro, teve menor poder de disseminação, mas representou avanços em relação às mensagens do governo:

[...] este cartaz só poderia ter sido produzido por uma ONG, pois [...] certamente implicaria indesejáveis conflitos por motivos morais entre o Estado e a Igreja Católica. [...] representa, sem dúvida, um enorme avanço na concepção de prevenção da doença, rompendo com preconceitos presentes na própria visão do governo federal sobre a Aids (NASCIMENTO, 2005, p. 151).



ABIA. 1991.

Em 1985, surgiu a primeira OSC criada especificamente para a Aids na América Latina (LIMA, 2006, p. 136), o GAPA-SP, que criou o primeiro cartaz de alerta e prevenção

<sup>66</sup> Também disponível em: <http://bit.ly/ZN59J6>. Acesso em 02 fev 2012.

feito pela sociedade civil brasileira (Anexo 2.4<sup>67</sup>). Desenhado pelo artista plástico Darci Penteadó, trazia o *slogan* *Transe numa boa* e o número do telefone do DISK Aids, serviço oferecido pela SES-SP (Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo). Foram impressos três mil exemplares, a serem distribuídos pela cidade de São Paulo, nos locais frequentados pela “população em situação de risco”: saunas *gays*, hotéis, escolas, bares etc. O cartaz suscitou as primeiras discussões com a sociedade sobre seu caráter educativo e polêmico: era a primeira vez no Brasil que se falava abertamente em “sexo seguro”. A Igreja acusou o GAPA, por meio da imprensa, de estar incitando ideias pecaminosas, como sexo fora do casamento; alguns políticos pressionaram a SES-SP, acusando-a de estar promovendo pornografia com o dinheiro público; houve boatos de que a polícia tentaria apreender os cartazes por meio de uma liminar (CONTRERA, 2000, p. 45-46).

A parceria entre OSCs e governo começou em 1989, quando o Programa Nacional de Aids lançou o Projeto Previna, focado em “grupos de risco” e modelado segundo teorias de mudança de comportamento “baseadas, em um primeiro momento, no ‘acúmulo’ de informação – fornecida por integrantes de ONGs ou da população-alvo – sobre determinado grupo/situação, para, em um segundo momento, [...] ‘ensiná-los a viver’.” (GALVÃO, 2000, p. 185). Portanto, esse primeiro momento foi marcado por uma visão instrumental da comunicação.

Essa parceria entre sociedade civil e Programa Nacional de DST/Aids expandiu-se durante a década de 1990, principalmente depois do primeiro empréstimo do Banco Mundial, em 1994, em parte para atender a uma demanda de organismos internacionais, técnicos e de financiamento. A partir dele, o governo passou a financiar projetos de OSCs por meio de editais. Com mais verba, elas puderam desenvolver suas campanhas. Segundo Cardoso (2001, p. 95), a principal estratégia comunicacional das OSCs era de ação local e interpessoal com populações mais vulneráveis visando a prevenção, articuladas às secretarias estaduais e municipais de saúde. “Dependendo da composição técnico-ideológica das entidades envolvidas, essas estratégias podem aproximar-se mais ou menos da ênfase na responsabilidade individual”. Entretanto, algumas OSCs percebem que o conhecimento da epidemia não implica necessariamente na adoção, pelas pessoas, de práticas consideradas seguras, e passam a buscar inovações no modelo comunicacional empregado.

---

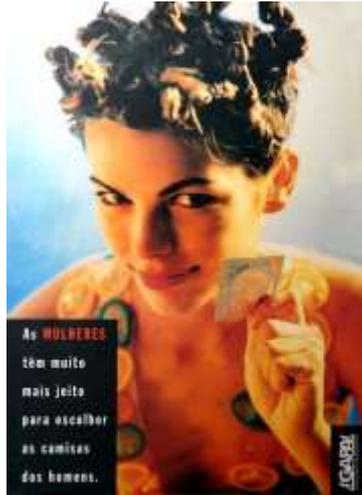
<sup>67</sup> Também disponível para visualização em < <http://bit.ly/GzM0XI>>. Acesso em 01 out 2013.

Com a crescente percepção de que as relações de poder em sociedade (e a consequente desigualdade social, econômica e cultural) respondem também pela disseminação do HIV, as OSCs têm trabalhado com a capacitação coletiva e a mobilização comunitária calcadas nas ideias de Paulo Freire de construção da consciência mediante o diálogo social: o agir junto com os outros para a correção da injustiça social (PARKER, 2000, p. 105).

Porém, muitos estudiosos têm se preocupado com o financiamento público das OSCs. Eles temem que, por isso, elas estejam perdendo sua autonomia discursiva frente à epidemia, seu poder contestatório. Depoimentos de publicitários que desenvolveram campanhas ministeriais dão conta de que arrefeceram, com o passar dos anos, as críticas dos representantes da sociedade civil à abordagem publicitária dessas campanhas (PAZ, 2007, p. 151).

Parece-me impossível que esta vinculação, em algum nível e de forma intencional ou não, acabe envolvendo o atrelamento do movimento social e diminuindo seu potencial crítico. Algumas leituras o colocam na raiz do aumento do trabalho de cunho assistencial e filantrópico, em detrimento da militância e da atuação para a reversão dos determinantes socioeconômicos e culturais da conjuntura sanitária em geral e, em particular, da epidemia de Aids. [...] Se recursos financeiros e espaços sociais de intervenção podem ser compartilhados, ainda que com condicionantes, o mesmo não se pode dizer, porém, da cena enunciativa das campanhas televisivas, em que o emissor institucional não convoca a presença de outros importantes enunciadores, parceiros em projetos de prevenção e controle da epidemia. Note-se, por exemplo, que o recurso de trazer soropositivos, familiares, lideranças, com direito a voz, só foi utilizado em duas oportunidades [nas campanhas ministeriais entre 1987 e 1999] (CARDOSO, 2001, p. 137, colchetes nossos).

Além disso, percebe-se que as OSCs têm copiado as estratégias comunicacionais empregadas pelo Ministério da Saúde nas suas campanhas de prevenção, pois sabem que assim o agradam e têm maior chance de ganhar os editais. Segundo Josi Paz (2007, p. 109), as OSCs também têm utilizado o formato publicitário em suas campanhas e ajudado a legitimar as ações de prevenção à Aids por meio dele. Exemplo disso é a campanha abaixo, da OSC Gapa-RS, criada em 1995 seguindo o mote da campanha do Governo federal, cujo público-alvo da vez eram as mulheres. A mensagem reforça o uso da camisinha masculina como o método de prevenção (NASCIMENTO, 2005, p. 158) e impõe à mulher cuidar da prevenção entre o casal – quando, como vimos, negociar o uso do preservativo não tem sido uma tarefa fácil para elas:



Gapa-RS. 1995. “As MULHERES têm muito mais jeito para escolher as camisas dos homens”.

Não é porque as campanhas são feitas por organizações da sociedade civil que elas são melhores ou sempre acertam. Muitas vezes também estão tomadas por discursos normativos, hegemônicos ou preconceituosos. No estudo de recepção feito por Marinho (1999) com adolescentes na Bahia sobre três campanhas contra a Aids (uma do Ministério da Saúde, outra da MTV e uma da ONG Gapa-BA), foi justamente a peça da ONG (*Mulher*) a que mais promoveu medo e, por isso mesmo, foi a menos quista pelos pesquisados. Ela foi desenhada em oposição à campanha *Bráulio*<sup>68</sup>, do Ministério da Saúde (também avaliada pelos entrevistados) e mostrava uma mulher real, soropositiva, que dizia ter sido contaminada por seu companheiro afetivo fixo. Os sentidos atribuídos à peça pelos adolescentes foram justamente aqueles que a campanha queria combater: “‘Mulher’ [...] foi indicada como a peça que gerou medo de contágio pelo vírus da Aids, que condenou a prática de múltiplas parcerias, que associou as práticas sexuais à doença” (MARINHO, 1999, p. 110).

O tema da morte por Aids, tão explorado nas primeiras campanhas ministeriais, foi sendo abandonado pelo Ministério da Saúde, principalmente devido às críticas ao tom fatalista feitas pelas OSCs. Entretanto, acabou-se por criar o efeito contrário: as pessoas não têm percebido a Aids como um risco de vida, já que há tratamento. “Ainda se morre de Aids. A aids ainda mata. [...] Os benefícios da ciência trouxeram novas interpretações para a epidemia, embora existam incríveis dúvidas sobre a eficácia do tratamento a longo prazo. Nada disso, porém, está presente nas bem-humoradas campanhas publicitárias do governo.” (PAZ, 2007, p. 94). Por isso, o tema da morte tem retornado em algumas campanhas de

<sup>68</sup> Comentamos sobre essa campanha na subseção sobre campanhas de prevenção à Aids feita pelo Ministério da Saúde.

OSCs-Aids, como notado por Josi Paz (2007, p. 50) em uma campanha do Gapa-DF de 2003<sup>69</sup>, e percebida por nós em campanhas do Gapa-BA de 2007 a 2009 (Anexos 2.1 a 2.3).

---

<sup>69</sup> O anúncio de revista trazia a imagem de um cemitério, cheio de cruzes em formato T, e o texto “Transar sem camisinha dá o maior tesão”.

### 3 SAÚDE E SOCIEDADE

Neste capítulo, mostraremos como as sociedades modernas e contemporâneas definiram a saúde e a doença, o normal e o patológico, instituindo uma nova forma de poder sobre os corpos dos indivíduos e das populações, exercido principalmente através de políticas de Estado. Apresentaremos um breve histórico sobre a resposta nacional brasileira à Aids, construída também por meio de reivindicações da sociedade civil, organizada em torno de bioidentidades, ora questionando esse poder, ora reforçando-o.

#### 3.1 SAÚDE: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Ao longo da história, houve várias definições sobre a saúde e a doença, o normal e o patológico, que traduziram visões de mundo ideológicas e influenciaram políticas públicas nos mais diversos campos: na área da saúde, da segurança pública, da educação etc.

A doença não é tão-somente um conjunto de sintomas que nos fazem (algumas vezes) buscar ajuda médica. Ela também é uma construção social: “Concorrem para a existência da doença diversos elementos científicos, sociais e políticos, temporal e espacialmente estudados. Dito de outro modo, diferentes grupos, a cada época, dão significação e sentido específicos à entidade fisiopatológica chamada doença” (NASCIMENTO, 2005, p. 29). Portanto, a ideia de doença é uma invenção da linguagem sobre um fenômeno biológico:

De fato, as representações e as imagens em torno daquilo que se convencionou designar moléstia criam uma entidade nova, uma outra doença – efeito de linguagem que Michel Foucault chamou de “delirante”, quer dizer, as palavras que conferem existência aos seres se descolam do material e instituem outro real (TRONCA, 2000, p. 15).

A Aids, por exemplo, é considerada cientificamente uma síndrome, ou seja, um conjunto de doenças, mas é referida coloquialmente como sendo uma doença, porque a ela se atribuiu um agente biológico: o vírus HIV<sup>70</sup>. Porém, mesmo essa definição oficial não foi fruto de um consenso científico: há uma corrente de especialistas em saúde, conhecidos como

<sup>70</sup> Segundo a OMS (PAHO, 2004, p. 10-11), para pessoas acima de 18 meses de vida, o diagnóstico de infecção por HIV consiste em resultados de exames laboratoriais positivos para anticorpos contra o HIV ou exame virológico positivo ao HIV ou aos seus componentes (RNA, DNA o antígeno p24). Já os casos de Aids são definidos quando as células CD4 (glóbulos brancos que revelam o funcionamento do sistema imunológico) estiverem abaixo de 350 ou, conforme o protocolo de Caracas, pelo somatório por pontos de doenças oportunistas (OLIVEIRA & REZENDE, 2012, p. 142).

“dissidentes”, que rejeita a versão etiológica oficial e se opõe ao tratamento antirretroviral. O fato de as doenças definidoras da Aids acometerem também indivíduos soronegativos levá-los à desconfiança de que se esteja confundindo causa e efeito com causa e correlação. Eles debatem se realmente a insuficiência do sistema imunológico seria ocasionada por um vírus (discutindo a validade das metodologias utilizadas na descoberta do HIV) ou causada por uso excessivo de drogas injetáveis, pela administração exacerbada de fármacos (dentre eles, os próprios medicamentos antirretrovirais) e também pela má nutrição crônica, medo e problemas psicológicos<sup>71</sup>. Percebemos, portanto, o quanto as verdades científicas são construtos.

Da mesma forma, à Aids são atribuídas metáforas (SONTAG, 2007) e significações as mais diversas. Foi interpretada por alguns como vingança divina à revolução sexual dos anos 1960; outros buscavam sua origem africana em práticas de vodu envolvendo sangue, no hábito “primitivo” de comer carne de macaco, ou na prática sexual, condenável moralmente, da zoofilia; outros, ainda, acreditavam ser uma arma biológica criada durante a Guerra Fria (MOULIN, 2008, p. 30).

Dentre as mais antigas e recorrentes noções de doença está a da representação do pecado. Segundo Italo Tronca (2000, p. 52 e 54), ela tem seu paralelo no pensamento grego, segundo o qual a perversão moral era uma doença hereditária e incontrollável. Da mesma maneira, a palavra latina *infectio*, da qual se origina *infecção*, significa tingir, manchar algo, no sentido de torná-lo impróprio, estragado e corrompido. Para o filósofo das ciências Georges Canguilhem (2002, p. 93), o que se encontra de comum aos diversos significados dados historicamente ao conceito de doença é o fato de serem um julgamento de valor virtual: “Doente é um conceito geral de não-valor que compreende todos os valores negativos possíveis”. Estar doente significa ser nocivo, ou indesejável, ou socialmente desvalorizado etc ...”.

Canguilhem (2002) analisou como a ideologia médica europeia da primeira metade do século XIX produziu saberes sobre os processos patológicos e justificou seus modos de

---

<sup>71</sup> A corrente de dissidentes da Aids divide-se em duas principais: uma aceita que o vírus do HIV foi isolado, mas a causa da Aids seriam outros fatores; a outra não admite que o vírus foi isolado, logo, nem poderia ser considerado a causa da Aids. Ainda é possível vislumbrar uma terceira corrente, segundo a qual a causa da Aids seria de natureza parcialmente infecciosa e parcialmente química. Não vamos nos delongar aqui sobre os dissidentes da Aids, pois suas concepções não moldam as políticas públicas e as campanhas sobre as quais tratamos nesta dissertação. Sugerimos a leitura de artigo nosso (COSTA, 2013a), no qual a abordamos em mais detalhes, e de PEREIRA (2011). O discurso da corrente de dissidentes da Aids tem ressurgido através de mensagens pela internet, notícias e documentários; tem sido utilizado na defesa de soropositivos enfrentando processo criminal por transmissão do HIV e tem chegado ao conhecimento de soropositivos brasileiros, ainda que timidamente.

intervenção no corpo humano. Havia, naquela época, uma teoria das relações entre o normal e o patológico, segundo a qual os fenômenos patológicos nos organismos vivos nada mais seriam que variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes (CANGUILHEM, 2002, p. 22). O patológico seria, portanto, definido tendo por base o normal fisiológico, que, por sua vez, deixaria de ser apenas uma disposição detectável e explicável como um fato para ser a manifestação do apego a algum valor, com caráter normativo. Para Canguilhem (2002, p. 36), um ideal de perfeição paira sobre essa tentativa de definição positiva, pois a saúde perfeita não passaria de um conceito normativo, de um tipo ideal. Uma norma não existe, apenas desempenha seu papel que é de desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência (CANGUILHEM, 2002, p. 54).

Discordando da visão do século XIX, para Canguilhem (2002), a relação entre o normal e o patológico estaria nas variações qualitativas entre um e outro, não configurando conceitos contrários ou contraditórios: “patológico” corresponderia diretamente ao conceito de doença, mas não significaria ausência de normas, e sim a presença de outras normas vitalmente inferiores que impedem um indivíduo de viver o mesmo modo de vida de outro “saudável”. “Normalidade” corresponderia a uma categoria mais ampla, englobando as subcategorias “saúde” (norma de vida superior) e “patológico” (significando a doença, norma de vida inferior) (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 22-23). Daí os pares “normal/patológico” e “saúde/doença” não serem, para ele, simétricos ou equivalentes. O limiar entre saúde e doença, para Canguilhem, é singular, influenciado pelos planos cultural e socioeconômico, transcendendo o estritamente individual: a saúde corresponderia a uma ordem implicada tanto na esfera biológica quanto no modo de vida (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 126). O corpo seria produto de processos complexos de intercâmbio com o meio, os quais contribuem para determinar o genótipo. Assim, a saúde seria produto-efeito de um modo de vida e implicaria um sentimento de poder enfrentar a força da enfermidade, funcionando como um seguro social contra os riscos (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 126). Disso infere-se que, para Canguilhem (2002), saúde como perfeita ausência de doença encontra-se no campo da anormalidade (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 45).

Do debate sobre o que seria a saúde hoje se ocupam filósofos, cientistas, políticos e pessoas comuns. Por isso, não é possível falar em uma “saúde”, mas em “saúdes”, no plural (ALMEIDA FILHO, 2011). Os efeitos dessas diversas concepções de saúde são, por sua vez, sentidos empiricamente no cotidiano dos sujeitos.

A saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas, em particular, pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático e probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (pelas ciências sociais e humanas) (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 26).

O atual conceito de saúde (gestado ainda no século XIX<sup>72</sup>) foi cunhado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) em 1946: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”. Conseguimos entender que saúde não é a mera ausência de doença quando constatamos não serem todos os sujeitos saudáveis, funcionais e produtivos isentos de enfermidade – é o caso dos soropositivos que, sob tratamento, conseguem ter uma certa qualidade de vida, trabalhar e viver bem, ainda que com algumas limitações. E também entendemos que nem todos os indivíduos isentos de doença são saudáveis quando constatamos casos de incapacitações ou sofrimentos sem qualquer evidência clínica de doença.

Nesse sentido, entende-se atualmente que os determinantes da saúde podem ser tanto biológicos (em geral, genéticos ou ambientais) quanto socioculturais (econômicos, sociais, culturais e psicológicos). Desigualdades econômicas, iniquidades sociais, hábitos alimentares, preconceitos, credulidades e comportamentos constituem importantes fatores de risco para a maioria das doenças conhecidas – notáveis no caso do HIV/Aids no Brasil. Além disso, determinantes psicossociais – como carência afetiva, desemprego e isolamento social – atuam como estressores, comprometendo o sistema imunológico (já debilitado pelo HIV, no caso da Aids).

Enquanto o século XIX reconheceu o direito à doença, assegurado pelo Estado providência, o século XX saudou um novo direito do homem: a saúde, compreendida, sobretudo, como o direito à assistência médica (MOULIN, 2008, p.15).

O novo conceito de saúde vem sendo reiterado em muitos documentos mundiais e em constituições nacionais, algumas visando a universalização da saúde através de sua transformação em direito de todos os cidadãos e dever do Estado. São exemplos desses documentos a Declaração de Alma-Ata (OPAS/OMS, 1978), assinada em 1978 por 134 países

---

<sup>72</sup> Este novo conceito teria como primórdios as ideias dos médicos William Alison (escocês) e Louis René Villermé (francês), entre 1820 e 1840, quando eles encontraram relações causais entre pobreza e doença. Com o passar do tempo, essas novas ideias foram ganhando adeptos (apesar de muito timidamente ao princípio), de modo que hoje elas estão presentes em acordos oficiais assinados por países. Sobre isso, ver BELTRÁN (2001).

(inclusive o Brasil); a Carta de Ottawa<sup>73</sup> (OPAS/OMS, 1986), assinada por 38 países em 1986, que prega a atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; e a Constituição Federal Brasileira<sup>74</sup> de 1988, cujo artigo 196 afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2010).

A saúde como direito social e bem comum, em tese acessível a todos através de serviços públicos em sociedades democráticas, corresponde a uma meta utópica, inalcançável, um valor ideal (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 145), dada a dificuldade em se manter o Estado de bem-estar social em uma conjuntura econômica internacional neoliberalista. Desse modo, atrelada ao capitalismo, a saúde tem sido cada vez mais entendida como mercadoria, vendável através de planos de saúde, medicamentos, clínicas de estética e de exames laboratoriais complexos – ainda que não corresponda a um consumo que se exerça plenamente e passível de submissão às leis econômicas de oferta e demanda. Em alguns casos, entretanto, o mercado não é totalmente incompatível com o ideal de saúde como direito e dever do Estado: no caso da Aids, por exemplo, a política de oferta gratuita de tratamento pelo SUS torna o Governo federal, atualmente, cliente de uma indústria farmacêutica detentora das patentes de antirretrovirais ainda não produzidos pelo país.

Há sempre o risco de, no entanto, esta concepção mais universal de saúde (portanto, para além das questões estritamente biomédicas) dar margem justa e contraditoriamente à medicalização do campo social. É o que identificam Pinheiro & Medeiros (2013, p. 638), como dois desdobramentos da nova concepção positiva de saúde, entendida como além da mera ausência de doença: 1) as ações médicas não se restringem aos cuidados com as dimensões físicas e mentais dos indivíduos, mas se estendem ao campo social; 2) não importa qual estado (de doença ou de saúde), trata-se sempre de uma questão médica. Desses desdobramentos resulta a atual medicalização de todas as esferas da vida humana, fruto da mirada médica sobre a população e seus acontecimentos desde os séculos XVIII e XIX, estudada por Michel Foucault.

---

<sup>73</sup> O documento admite como requisitos à saúde: paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e igualdade.

<sup>74</sup> Outros documentos são a Declaração de Adelaide (1980), de Sundsvall (1991) e, na região da América Latina, a Declaração de Santa Fé de Bogotá (1992) - todas ajudando a promover a democratização dos sistemas de saúde nacionais (CASTRO & SILVA, 2005, p. 43).

Foucault (1977), discípulo de Canguilhem, dedicou-se à genealogia dos padrões de normalidade no âmbito da medicina. Em *O Nascimento da Clínica*, ele analisou como o médico, antes um catalogador de doenças e mero espectador da evolução do mal, passou a experimentar estratégias tecnológicas para perscrutar o corpo doente e nele intervir – resultando no nascimento da clínica médica. Foucault mostrou como, a partir do século XVIII na Europa, procurou-se intervir sobre o indivíduo (seu corpo e sua mente), e não só no ambiente físico, a fim de recuperá-lo para a produção. A medicina mental, a psicologia e as ciências sociais aplicadas passaram a listar as possibilidades normais de rendimento dos homens e os parâmetros do funcionamento normal social. Nesse sentido, Foucault trabalha com a definição de saúde como capacidade adaptativa (ou submissão) aos poderes disciplinares – enquanto para Canguilhem, como vimos, a saúde transcende a perspectiva da adaptação, pois se constitui pela transgressão de normas e pelas transformações das funções vitais, realizando-se no genótipo, na história de vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 23-25).

A epidemiologia do século XX contribuiu grandemente para dissolver a distinção entre saúde e doença, pressuposta pelo conceito de norma (MOULIN, 2008, p.20). Dela se beneficiou a Medicina Preventiva, que questiona, sobretudo, a prática médica meramente curativa, estabelecendo antes como seu objetivo a prevenção das enfermidades, mas indo além: buscando a promoção da saúde, entendida como o estado de completo bem estar físico, mental e social. Mas esse “dilema preventivista” (AROUCA, 2003) é atualizado hoje pela noção médica de “risco”, presente nas ideias de fator de risco ou comportamento de risco: “[...] é criado um estado de quase-doença generalizado: mesmo não sentindo nenhuma limitação no presente e diante de oportunidades de prazer, todo e qualquer indivíduo deve alterar seu estilo de vida dada a possibilidade de adoecer no futuro” (VAZ et al, 2007, p.148). Eliminam-se, portanto, as distinções entre são e enfermo, entre corpo normal e anormal, e gera-se um cuidado contínuo com a saúde que, quando não cumprido, retoma a crença do sofrimento e da doença como castigos por uma falta moral cometida.

Essa noção de risco subjaz toda a política de prevenção ao HIV/Aids no Brasil, desde o incentivo ao uso do preservativo até a submissão do soropositivo ao tratamento para a prevenção da Aids. Sobre esse último aspecto, o resultado positivo a um exame de HIV constitui ao paciente aparentemente saudável e normal um conjunto de predisposições e probabilidades clínicas futuras, bem como uma nova identidade pessoal: ser soropositivo

significa a probabilidade de vir a ser, futuramente, um doente de Aids. Logo, produz-se um “duplo do corpo” (KECK & RABINOW, 2008): um saudável, se medicado, e outro doente, se houver complicações no quadro clínico.

Essa intensa medicalização da vida transformou a relação entre médicos e pacientes. Antes, as consultas eram eventuais, cabendo ao doente chamar a atenção do médico sobre um distúrbio cuja causa ele desconhecia, mas cujos efeitos ele sentia. Agora, as consultas dão-se mais assiduamente, ao longo de toda a vida, não para buscar a cura de um mal, mas para prevenir a sua ocorrência mesma. Isso amplia a responsabilidade médica “já que, em todas as situações, os homens encontram-se em um ponto da História Natural das Doenças, ao qual correspondem determinadas medidas preventivas” (AROUCA, 2003, p. 19).

O conhecimento médico vai agora muito além dos sintomas englobando órgãos e funções silenciosos. Doravante não é fácil falar de normalidade, no máximo de média e de intervalo confiável, e os números levam à definição de um risco mais do que de uma patologia. Trazemos dentro de nós mesmos um novo pecado original, um risco multiforme que teve origem em nossos genes, modificado pelo nosso meio ambiente natural e sociocultural e pelo nosso modo de vida (MOULIN, 2008, p.19).

Isso leva o paciente a um grau de intimidade com a medicina que jamais se vira no passado: ele reorganiza seu dia-a-dia, recorrendo sempre mais a técnicas e medicamentos capazes de vigiar permanentemente seu estado de saúde. “O paciente aprende a integrar sua condição particular a seu projeto de vida e à sua autoimagem” (MOULIN, 2008, p. 36-37). Desse projeto de vida, o médico torna-se parceiro íntimo – principalmente no caso do HIV/Aids, considerado hoje um mal crônico, como o diabetes (BASTOS, 2006, p. 92).

O nosso século XX se gaba de muitas vitórias sobre as doenças. Na verdade, diluiu as enfermidades mais que as eliminou, e modificou radicalmente a sua experiência. [...] A experiência de doença é assim retardada na história individual, diluída sob a forma de uma angústia diante de males indecifráveis e diferida para o final da vida (MOULIN, 2008, p.17).

A ideia de risco tem sido estimulada principalmente desde os anos 1980, mesma época da crise do Estado de bem-estar social, pois convenientemente coloca o indivíduo como responsável por sua saúde futura e, desse modo, participa da descoletivização dos riscos própria à nossa era neoliberal. Por fim, a ideia de risco pode vir a destruir a viabilidade de sistemas públicos de saúde, pois o temor da doença faz o indivíduo recorrer mais à medicalização, mesmo que preventivista - o que produz uma sobrecarga no Estado de bem-estar social, sentida, por exemplo, com a ampliação da indústria do diagnóstico e dos exames, cada vez mais caros aos sistemas públicos. Além disso, pelo nexo entre elementos do

cotidiano e saúde, o conceito de risco admite apenas o que é especificável e quantificável, desconsiderando formas de causalidade sociocultural para a saúde e a doença, tão importantes para a prática de saúde pública (VAZ et al, 2007, p.152).

No início da década de 1980, acreditava-se na vitória da medicina sobre as doenças infecciosas, graças à revolução pasteuriana (que permitiu a identificação de agentes biológicos como causas das doenças), às técnicas preventivas e a um sistema de vigilância epidemiológica, modelo aperfeiçoado do conhecimento da medicina clínica moderna sobre controle, prevenção e tratamento dos doentes e de doenças (LIMA, 2006, p. 23). Os especialistas em saúde passaram, então, a se concentrar nas doenças hereditárias, cancerosas e degenerativas, quando a Aids surgiu subitamente. Tratava-se de um mal completamente novo à ciência, expondo sua falibilidade em tratá-lo (MOULIN, 2008, p. 34). Diante disso, ocuparam-se da doença, além dos especialistas em saúde, os Estados, os políticos, a mídia, as organizações de doentes e seus familiares, as indústrias farmacêuticas e as pessoas comuns, compondo teias de discursos variados. É o que veremos nas subseções seguintes.

### 3.2 RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SAÚDE

Neste subcapítulo, recorreremos aos conceitos de biopolítica e biopoder, formulados por Michel Foucault (2000), para entendermos as questões em jogo nas definições de doença pelas sociedades modernas e contemporâneas e nas resistências das pessoas às atuais campanhas de mobilização à Aids. Nossa principal hipótese é que estas campanhas são biopolíticas que, por sua vez, não se dão sem resistências dos sujeitos em sociedade.

Foucault dedicou boa parte de sua obra a dois sistemas de poder que, segundo ele, emergiram nas transições entre os séculos XVII/XVIII e XVIII/XIX: o poder disciplinar e o biopoder, respectivamente. Ambos suplantaram o sistema de poder anterior, apesar de nunca o terem abolido completamente. Este último era o poder soberano, que se exercia principalmente pelo “fazer morrer e deixar viver”: a vida ou a morte de um súdito dependia da vontade do soberano. Portanto, nesta sociedade, a morte era uma decisão do soberano, à qual se seguia um cerimonial público e ritualizado.

Por volta do século XVIII, começou a se configurar uma modalidade de poder que, ao contrário de decidir e ritualizar a morte, passou a calcular e organizar a vida da população

visando majorá-la, através do exercício do “fazer viver e deixar morrer”. A morte e todo o seu simbolismo cerimonial foram, desde então, desqualificados a ponto de serem no fim do século XX, para Foucault (2000, p. 295), mais tabu que o próprio sexo. Hoje, esforçamo-nos em ocultá-la, relegando-a ao hospital, ao cemitério ou à cremação, na tentativa de esconder um evento que nossa sociedade quer negar. Igualmente, o exibicionismo da doença não é mais admissível, passando-se a valorizar o corpo como o lugar onde a pessoa deve esforçar-se para parecer que vai bem de saúde (MOULIN, 2008, p.19-20). Daí parte do sofrimento das PVHAs: os efeitos da Aids no seu corpo contrastam com os ideais de corpos saudáveis e belos, tão amplamente propagados na moda, na mídia, nas academias etc. Assim como a aparência cadavérica afetava os soropositivos do início da epidemia, anunciando-lhes a morte, hoje são os efeitos colaterais dos antirretrovirais (como a lipodistrofia) e os primeiros sintomas de doenças oportunistas que lhes relembram sua condição de (possíveis futuros ou atuais) doentes de Aids.

Retornando a Foucault, surgiram, pois, dois modelos de gestão do corpo social, com certa defasagem cronológica, mas que se sobrepõem e se articulam historicamente. O primeiro deles é o poder disciplinar, centrado no corpo do indivíduo, manipulando-o de forma a torná-lo mais dócil, saudável e, logo, produtivo; exercido nas escolas, nos hospitais, nos quartéis, nas fábricas etc. O segundo deles é o biopoder, centrado não no corpo (ainda que se exerça sobre ele também), mas na vida da espécie e da população, exercido através de práticas de saúde, de natalidade, de higiene, de classificação e de depuração racial etc. (PRECIADO apud CARILLO, 2010, p. 55).

Foucault denomina biopolíticas os mecanismos de disciplinamento dos corpos e administração das populações, levadas a cabo pelo Estado burguês e outras esferas de poder (o saber médico, principalmente), que servem ao ideário de que a riqueza de uma nação não está definida apenas pelos seus recursos naturais e territoriais, mas principalmente pela qualidade da sua população. Portanto, todas as políticas de Estado de enfrentamento à Aids – entre elas, as campanhas de prevenção – são biopolíticas, cuja preocupação com a riqueza está evidente na seguinte publicação do Banco Mundial sobre a síndrome:

Porque a Aids mata adultos em idade ativa, muitos dos quais estão no auge de sua produtividade econômica, o choque da Aids no mercado de trabalho é um mecanismo através do qual ela pode afetar o crescimento. No entanto, em economias com desemprego substancial, será mais fácil às empresas substituir trabalhadores doentes

ou falecidos, especialmente se eles não ocupam cargos-chave. (WORLD BANK, 1997 apud GALVÃO, 2000, p. 176)<sup>75</sup>

Ao contrário de algumas leituras, para nós a identificação das biopolíticas não é uma denúncia de Foucault, mas sim a caracterização de um momento da história em que as sociedades centrais do Ocidente organizam-se, racionalizam-se e institucionalizam-se em torno dos saberes médicos, produzindo “efeitos de verdade”. Podemos perceber que, em nome da medicalização da sociedade, clivagens foram feitas em relação ao que é produtivo e o que não é produtivo, o que é permitido e o que não é permitido (como o uso do preservativo e sua abstenção, respectivamente), o que é normal e o que é patológico.

A realização social das biopolíticas emerge como uma nova forma de poder sobre o corpo dos indivíduos diferente da culpa cristã, que também exerceria sobre os sujeitos a coerção à disciplina, à renúncia e à percepção de que a transgressão poderia vir a ser punida. Se antes o pecado (e o risco de exclusão do reino dos céus) impunha limites às próprias liberalidades e desejos do indivíduo, agora são os riscos à saúde (e a própria exclusão do seio social) que afetam e constroem os atos e as atitudes – especialmente no caso da Aids:

[...] supomos que os problemas oriundos das tensões e conflitos inerentes ao enfrentamento da ameaça de infecção, tais como preconceitos, discriminações, estigmas, baixa autoestima, exclusão, medo, depressão, violência, entre tanto outros, são a contrapartida de uma engrenagem que faz funcionar o cumprimento da norma de saúde como medida do sujeito responsável. (PINHEIRO & MEDEIROS, 2013, p. 633-634).

Como vimos, o biopoder inaugura mecanismos regulamentadores dos processos biológicos da população. De um lado, institui-se a normalização biológica dos sujeitos: segundo um saber-poder de determinada época, alguns são enquadrados como normais e outros como anormais. De outro lado, a sexualidade ganha espaço privilegiado nas formas de controle e normalização da população. Surgiu uma tecnologia do sexo que, mesmo sem ser independente da temática do pecado, transcendia as instituições religiosas. O sexo passara a ser uma questão científica, leiga, secular nesse momento em que a burguesia tomara o poder.

Sobre tal pano de fundo, pode-se compreender a importância assumida pelo sexo como foco de disputa política. É que ele se encontra na articulação entre os dois eixos ao longo dos quais se desenvolveu toda a tecnologia política da vida. De um lado, faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação e distribuição das forças, ajustamento e economia das energias. Do outro, o sexo pertence à regulação das

<sup>75</sup> Texto original: “Because Aids kills prime-age adults, many of whom are at the peak of their economic productivity, the shock of Aids to the labor Market is one mechanism through which Aids might affect growth. However, in economies with substantial unemployment, firms should find it easy to replace sick or deceased workers, particularly if they are not key personnel”.

populações, por todos os efeitos globais que induz. Insere-se, simultaneamente, nos dois registros; dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos e psicológicos infinitos, a todo um micropoder sobre o corpo; mas, também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente (FOUCAULT, 1999, p. 136).

Segundo Foucault (1999), todo o mecanismo de controle exercido pelo saber-poder em torno do sexo não se dá por meio da censura, mas sim pelo fazer falar, pela confissão das pessoas sobre suas práticas. Só assim é possível conhecê-las, investigá-las e esmiuçá-las permanentemente para controlá-las melhor. É o que ocorre no aconselhamento pré-teste HIV no SUS: antes de fazer o exame, a pessoa é consultada por um médico, que lhe aplica todo um questionário sobre suas práticas sexuais. Ali, tudo deve ser confessado, a fim de que o médico oriente o sujeito à adoção de práticas mais seguras contra DSTs. Ao mesmo tempo, é preciso permanentemente falar sobre o sexo tido como “saudável”, em consultórios médicos, na mídia, nas escolas, nos diálogos familiares<sup>76</sup>.

A epidemia de informações a partir da AIDS não opera com o processo de interdição das orientações e dos comportamentos, mas orienta-se muito mais no sentido de autorizar modos de ser e agir, considerados mais seguros para o controle e a prevenção da doença. O estímulo ao uso de preservativos de borracha (camisinhas) deve ser entendido neste contexto (LIMA, 2006, p. 125).

Diante da Aids, cada sociedade reagiu à sua maneira e modulou a própria política de prevenção em função de seus valores. O modelo brasileiro atual opera menos por estratégias de vigilância e disciplina (basta lembrar que o teste de HIV obrigatório é prática condenável no país) e mais por estratégias do biopoder e pela internalização das normas, principalmente através do discurso do risco e de uma pedagogia incidente nos comportamentos e modos de vivência da sexualidade (RODRIGUES, 2012, p. 74).

Devemos salientar que essas intervenções não se definem pelo caráter repressivo, desautorizando a legitimidade de determinados comportamentos, interditando ou patologizando-os. Não se trata de condenar a prática sexual nem o uso de drogas; o que se prescreve é que as normas de saúde prevaleçam sobre as experiências de vida, não importam quais. Daí, por exemplo, a campanha publicitária veiculada no carnaval de 2010: “Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre” (PINHEIRO & MEDEIROS, 2013, p. 631).

Entretanto, ao estabelecer não apenas quais comportamentos são considerados “de risco”, mas também quais são considerados “responsáveis”, qualquer um que transgrida esses

---

<sup>76</sup>Uma campanha ministerial de 1999 pretendia promover o diálogo entre pais e filhos, solicitando ao telespectador “fale de aids, converse sobre Aids”. Ora, quanto mais se fale de Aids, e o tempo todo, quanto mais anunciada e mais na imprensa ela estiver, melhor serão os mecanismos de controle de suas nuances (PAZ, 2007, p. 25). É isso que Foucault afirma sobre o mecanismo de controle da sexualidade: ele não se dá por censura, mas pelo proliferar dos discursos sobre ela.

padrões de conduta é tido como “irresponsável” e “inimigo” daquela população, haja vista a possibilidade do contágio.

Ora, supomos que a visada normativa da conduta sexual, segundo os preceitos da qualidade de vida, das políticas públicas de controle do HIV/Aids, envolve, além das prescrições médicas, uma forma de implicação do sujeito como responsável, pela qual o indivíduo se impõe a regulação da conduta sexual conforme os ditames da prevenção.[...] Daí consideramos, inspirados nas formulações foucaultianas, que o cuidado preventivo com a conduta sexual diz respeito às prescrições (tais como usar camisinha), às práticas (educativas/informativas, por exemplo) e também à relação a si, que se refere à valorização médica/social do sujeito responsável pela própria saúde, vivendo com qualidade de vida”. (PINHEIRO & MEDEIROS, 2013, p. 632)

Está aí a origem de muitos preconceitos sociais às pessoas infectadas com HIV:

‘aidéticos’ experienciam o poder de estigmatização social por trazerem estampados em seus corpos as marcas de um modo de vida dedicado ao culto de uma paixão desmedida. [...] o que está em questão é o desejo exacerbado, o impulso de uma paixão auto-referenciada, não legitimada pelas instâncias sociais dominantes (NASCIMENTO, 2005, p. 132).

Cabe ressaltarmos que, quando a Aids surgiu, a ciência já havia conquistado muitas vitórias sobre doenças contagiosas, entre elas as DSTs, havendo um relaxamento na vigilância (SOHN, 2008, p. 131). Portanto, a sexualidade daquela época, mais do que alvo de práticas sanitárias, era objeto de um discurso político em torno das identidades, cujo momento exemplar foi a Revolução Sexual de meados do século XX, com o movimento feminista, o movimento homossexual etc. A autocompreensão dos sujeitos passava pelo sexo, colocado na centralidade das ações humanas.

Daí a importância que lhe atribuímos, o temor reverente com que o revestimos, a preocupação que temos de conhecê-lo. [...] O pacto faustiano cuja tentação o dispositivo de sexualidade inscreveu em nós é, doravante, o seguinte: trocar a vida inteira pelo próprio sexo, pela verdade e a soberania do sexo. O sexo bem vale a morte. (FOUCAULT, 1999, p. 146).

Mas o aparecimento da Aids, doença mortal, colocou a sexualidade novamente como um problema de saúde pública, modificando-se o discurso sobre ela que, de hedonista, passou a ser sanitário (SOHN, 2008, p. 131). Isso, é claro, gerou conflitos. Para Foucault (1999), a instituição dos poderes resulta em adesões, mas também em resistências. Os processos de subjetivação – constituição histórica dos sujeitos – não seriam, portanto, unidirecionais. O poder religioso, por exemplo, falha com as cismas cristãs. Igualmente, a instituição do biopoder, do corpo disciplinado e produtivo, esbarra em desejos que fazem do sujeito um transgressor do próprio corpo, a ser administrado continuamente pelos poderes institucionalizados. Logo, as clivagens biopolíticas (permitido/proibido; normal/patológico etc.) nem sempre foram instituídas de forma pacífica, inclusiva e consensual. Do ponto de

vista discursivo, poderíamos dizer que os sentidos, mesmo cristalizados, estão sendo permanentemente negociados, esbarrando-se em outros sentidos que expressam resistências e contradiscursos.

A nosso ver, portanto, os discursos biopolíticos de prevenção à Aids (centrados nas “práticas e comportamentos de risco” e nas “falhas” na adesão ao tratamento), vindos de iniciativas governamentais e da sociedade civil organizada, podem estar em conflito com discursos outros e sendo percebidos pelas pessoas como ingerência sobre suas afetividades e subjetividades. O discurso normativo sobre a sexualidade, principalmente, vê o sexo apenas como um ato físico, cujas consequências são um problema: gravidez, infertilidade, DST e Aids, por exemplo. A sexualidade como dispositivo de produção subjetiva por excelência não é inserida nesse discurso (RODRIGUES, 2012, p. 86) que, com efeito, representa “um atentado à liberdade dos indivíduos” (SOHN, 2008, p. 132).

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 (RODRIGUES, 2012, p. 107).

Neste momento, é preciso esclarecer que há duas concepções sobre biopoder e biopolítica. A primeira é de Michel Foucault, cuja obra não diferenciou os dois termos, utilizados para caracterizar um certo período da modernidade em que o corpo dos indivíduos e das populações passa a ser controlado por estratégias de saber-poder exercidas no tecido social, pelo Estado, mas também por instituições várias, médicas, jurídicas, científicas. É sob este ponto de vista que dissertamos. A segunda concepção é do filósofo italiano Giorgio Agamben (2007), que estende o biopoder a toda forma de poder (exercido nas sociedades contemporâneas pelo Estado) e entende a biopolítica como “o lugar mesmo das lutas e das ações do biopoder e as possíveis resistências” (ALVES, 2013, p. 94).

Para Agamben (2007), o biopoder – a entrada da vida biológica na política - existe desde o poder soberano mesmo, já que a característica deste foi estruturar o que ele chama *vida nua* - a vida reduzida ao seu caráter meramente biológico:

Minhas investigações mostraram que o poder soberano se fundamenta, desde a sua origem, na separação entre vida nua (a vida biológica, que, na Grécia, encontrava seu lugar na casa) e vida politicamente qualificada (que tinha seu lugar na cidade). A vida nua foi excluída da política e, ao mesmo tempo, foi incluída e capturada através da sua exclusão. Neste sentido, a vida nua é o fundamento negativo do poder. Tal separação atinge sua forma extrema na biopolítica moderna, na qual o cuidado e a decisão sobre a vida nua se tornam aquilo que está em jogo na política. O que

aconteceu nos estados totalitários do século XX reside no fato de que é o poder (também na forma da ciência) que decide, em última análise, sobre o que é uma vida humana e sobre o que ela não é. Contra isso, se trata de pensar numa política das formas de vida, a saber, de uma vida que nunca seja separável da sua forma, que jamais seja vida nua" (AGAMBEN apud SALVÀ, 2012, sem paginação).

Para Giorgio Agamben (2007), o poder contemporâneo já não se encarrega de fazer viver, como dizia Foucault, e nem de fazer morrer, como o poder soberano. Antes, ele se incumbem de produzir um espaço de sobrevida biológica: “A sobrevida é a vida humana reduzida ao seu mínimo biológico, é a vida sem forma, reduzida ao mero fato biológico. É o que Agamben chama de *vida nua*.” (PELBART, 2007, p. 59). De fato, todos nós estamos engendrados por esse poder que nos faz vidas nuas, exemplificado por nossa obsessão em construir nossas identidades baseadas em nossos corpos, e estes segundo padrões muitas vezes inalcançáveis de beleza e de saúde, gerando-nos sofrimento. “Estamos às voltas, em todo caso, com o registro de uma vida biologizada, reduzidos ao mero corpo, do corpo excitável ao corpo manipulável, do corpo espetáculo ao corpo auto-modulável: é o domínio da vida nua” (PELBART, 2007, p. 60).

E por sermos vida nua, em seu extremo, todos nós somos transformados em *homo sacer*: vida humana insacrificável, mas, ao mesmo tempo, matável impunemente. O *homo sacer* está presente na questão da Aids em diversas figuras. A primeira delas é o próprio soropositivo: visto como um perigo biológico ao restante da população (pelo menos até que não se encontre uma cura ou uma vacina para a Aids), ele é “a vida que não merece ser vivida”, do ponto de vista de uma biopolítica/tanatopolítica atroz – posta em prática (é preciso admiti-lo) em países onde não é lhe dado acesso à terapia antirretroviral (sua única garantia de sobrevida), visto que ela lhe custa caro. Filia-se a este discurso também quem exclui o soropositivo da vida social, não necessariamente fisicamente, mas através da estigmatização - daí o conceito de “morte civil” de Herbert Daniel (1989) -, gerando-lhe o cruel sentimento de não pertencer nem ao mundo dos vivos (dos saudáveis) e nem ao dos mortos, colocando-lhe aí na zona de indiscernibilidade entre um e outro, neste espaço de exceção onde habita a vida nua. “Para Daniel, a morte civil era a pior morte, pois matava em vida e obrigava a pessoa com Aids a viver de forma clandestina, quase como um guerrilheiro, exilado em seu próprio corpo. Assim, a principal ‘luta’ da pessoa com HIV/AIDS era provar que estava viva e que tinha direito a essa vida” (GALVÃO, 2000, p. 171).

Outros *homini sacri* da Aids são as cobaias humanas usadas em certos testes farmacológicos de antirretrovirais, nos quais a ética não é observada à risca. A maioria das cobaias provém de países subdesenvolvidos, e tais testes ofertam placebo sem um

esclarecimento para os participantes sobre as formas de contração do vírus e sem outros métodos de prevenção, expondo-os necessariamente a uma doença potencialmente letal. Só quem os enxerga como *homini sacri* (como vida matável impunemente) pode concordar com a justificativa dos condutores de tais testes segundo a qual, de outra maneira, tais participantes nem nunca receberiam antirretrovirais.

Reduzidos a *homini sacri*, os soropositivos e suas famílias organizaram-se para reivindicar do Estado brasileiro a instituição ou a modificação de certas biopolíticas em torno da Aids. É o que veremos no restante deste capítulo.

### 3.2.1 A resposta do Estado brasileiro à Aids: histórico

Nesta subseção, fazemos uma retrospectiva resumida das respostas governamentais à epidemia de HIV/Aids no Brasil, buscando uma ordem cronológica. Este percurso faz-se necessário para situar o público leigo na compreensão do contexto sociopolítico nacional no qual emergiu a síndrome (a saber, a redemocratização e o movimento da reforma sanitária que culminou na criação do SUS - Sistema Único de Saúde) e que contribuiu para que a resposta brasileira à Aids fosse tomada como exemplo mundial. Igualmente, abordamos o contexto socioeconômico internacional no qual a epidemia persiste, marcado pelo que alguns críticos da fase recente do capitalismo chamam de neoliberalismo. Tal contexto exerce influência direta nas ações de enfrentamento e, conseqüentemente, nas campanhas de prevenção.

Os primeiros casos de Aids foram reportados no país em 1983<sup>77</sup>, quando internacionalmente já se havia cunhado o termo *Aids* e reconhecido o HIV como o seu agente etiológico - sem, todavia, existir tratamento à síndrome (NASCIMENTO, 2005, p. 85). Por serem ainda poucos os casos, e principalmente entre HSH (homens que fazem sexo com homens) - público altamente discriminado, inclusive pelas políticas públicas -, não despertaram tão rapidamente uma resposta da parte do governo brasileiro<sup>78</sup>.

A Aids apareceu em um contexto político global caracterizado pela emergência de governos conservadores nos países hegemônicos (como Ronald Reagan, nos EUA, e Margareth Thatcher, no Reino Unido), os quais reagiram a ela “por meio de negação, proteção, e, em uma etapa posterior, debates ásperos, quando não conflitos explícitos”

<sup>77</sup> Isso segundo anunciava a *Folha de S. Paulo*, em junho de 1983 (NASCIMENTO, 2005, p. 87). Hoje, entretanto, sabe-se que o primeiro caso de Aids foi em 1980 (GALVÃO, 2002, p. 78).

<sup>78</sup> Em 1985, Carlos Santana, então ministro da saúde, declarou à imprensa que, para o Governo federal, a Aids, apesar de preocupante, não era prioritária no país (NASCIMENTO, 2005, p. 123).

(BASTOS, 2006, p. 46-47). Por aqui, a conjuntura econômica do país não auxiliava a um melhor investimento em bem-estar. “No Brasil, a renegociação da dívida externa e um processo intenso de inflação e de instabilidade dos mercados constituíam empecilhos para a implementação de políticas sociais como educação e saúde” (CASTRO & SILVA, 2005, p. 74).

Antes da criação de um programa de Aids a âmbito federal, algumas Secretarias de Estado de Saúde (precipuamente, de SP e do RJ) já haviam formulado um processo de resposta em nível estadual, tornando-se importantes referências para outros estados e municípios. Tais respostas contaram com a reivindicação da sociedade civil organizada, que “encontrou nos representantes das instituições de saúde do estado capilaridade para tratar da nova doença e começar a esboçar um plano com recursos financeiros e recursos humanos postos à disposição” (CASTRO & SILVA, 2005, p. 56). No Brasil, a pressão de um grupo de homossexuais esteve na origem da criação do primeiro programa de controle da Aids e de serviço de esclarecimento sobre a doença<sup>79</sup>, em setembro de 1983, no estado de São Paulo. Entre 1983 e 1986, pelo menos 11 estados<sup>80</sup> (dentre eles, Minas Gerais) já tinham políticas referentes à Aids, com programas de controle investindo em vigilância epidemiológica, assistência médica e difusão de um discurso de alerta e de não-discriminação. Sua área de prevenção restringia-se a algumas palestras, folhetos e divulgação através da imprensa – e, por isso mesmo, era foco de reivindicações das OSCs (GALVÃO, 2000, p. 120; CASTRO & SILVA, 2005, p. 124-125).

Foi apenas em 1986, quando a Aids passou a acometer heterossexuais, que o Brasil, encorajado pelo Programa Mundial da Aids da OMS e pela OPAS, lançou oficialmente o Programa Nacional de DST e Aids<sup>81</sup>, sob a coordenação de Lair Guerra de Macedo Rodrigues, subordinado à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Dentre as primeiras

---

<sup>79</sup> O programa de Aids da SES-SP surgiu vinculado à Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária e foi coordenado pelo médico Paulo Roberto Teixeira (CARDOSO, 2001, p. 83; CARVALHO, 2009, p. 77-78 e 99). Foram estabelecidas 12 medidas, dentre elas: a notificação compulsória, a criação de um serviço de informação por telefone e a participação da comunidade. Facilitaram a criação do programa na SES-SP a existência de profissionais experientes com doença parecida (hanseníase), o cenário político da SES, com um movimento sanitarista mais progressista, coincidindo com a primeira eleição democrática de governo de estado pós-regime militar (GALVÃO, 2000, p. 58).

<sup>80</sup> São eles: Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. (GALVÃO, 2000, p. 117)

<sup>81</sup> “Somente em 1985, em resposta a uma grande pressão internacional, o governo brasileiro aprovou a portaria que determinou a criação de um Programa Nacional de Combate à Aids, a ser elaborado por uma divisão nacional de controle de DST e Aids, dentro do Ministério da Saúde. E foi em 1986 que essa nova divisão começou a funcionar, de forma relativamente limitada, e a trabalhar no desenvolvimento de um plano inicial de cinco anos, visando orientar a resposta do Ministério da Saúde à epidemia até 1991” (CASTRO & SILVA, 2005, p. 165).

medidas adotadas, estão a inclusão dos casos de Aids no sistema de notificação compulsória<sup>82</sup> e a emissão de boletins epidemiológicos aos órgãos de saúde estaduais e municipais (CASTRO & SILVA, 2005, p. 53; NASCIMENTO, 2005, p. 100).

Os idealizadores do Programa Nacional<sup>83</sup> nutriam-se do novo ideário de saúde coletiva e pública, fomentado desde os anos 1970 no âmbito do Movimento de Reforma Sanitária. Este almejava um modelo de saúde pública atrelado a um sistema de seguridade social; entendia a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e fomentava a ideia da entrada da sociedade civil na gestão do sistema público de saúde, exercendo o controle social (BRITO & PEDROSA, 2011, p. 35; BARBOSA, 2011, p. 72). Tal ideário foi reforçado naquele ano de 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que implantou as bases do SUS, criado em 1988 através da nova Constituição Federal. Pela primeira vez na conferência, reuniram-se - ademais aos médicos, intelectuais e técnicos do setor - representantes da população usuária dos serviços, de entidades sindicais, associativas e religiosas, bem como se entendeu a saúde em sua definição afirmativa: não como a mera ausência de doenças, mas como um direito de cidadania, não mais adquirido apenas pela condição de trabalhador (CARDOSO, 2001, p. 63-64). O sistema de saúde pública vigente anteriormente ao SUS, sob a responsabilidade do já extinto INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), garantia atendimento apenas a trabalhadores com carteiras assinadas, ou a quem podia pagar consultas com médicos particulares. O restante da população (a maioria) recorria ao atendimento gratuito, mas precário, das Santas Casas, postos de saúde ou mesmo hospitais universitários (CASTRO & SILVA, 2005, p. 521).

Saúde passou a ser definida quase como um direito-síntese, índice do acesso da população a tantos outros, como o direito ao emprego e salário digno, moradia, transporte, lazer, educação; o direito de estar informado e de expressar suas opiniões, de participar da vida política e da definição das políticas públicas – um dos muitos caminhos por onde é possível aproximar-se ou afastar-se de condições de vida mais saudáveis (CARDOSO, 2001, p. 64).

Uma das deliberações da VIII Conferência foi a diretriz para a descentralização política e administrativa dos serviços e ações de saúde, entendida não apenas como a divisão de responsabilidades administrativas entre os governos federal, estaduais e municipais, mas também como “um processo real de desconcentração do poder decisório, com diferentes

---

<sup>82</sup> A notificação compulsória dos casos de Aids deu-se através da portaria nº 542, de 22.12.86, do Ministério da Saúde, para efeitos de aplicação da Lei nº 6.229 (LIMA, 2006, p. 86).

<sup>83</sup> Vamos denominar, ao longo desta dissertação, de Programa Nacional (de Aids) o programa brasileiro de enfrentamento à Aids no âmbito federal, uma vez que, desde sua criação, ele recebeu várias denominações, como: Programa Nacional da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Programa Nacional de Controle e Prevenção da Aids, Programa Nacional de DST/AIDS, Divisão Nacional de DST/AIDS, Coordenação Nacional de DST e Aids, Departamento de DST, Aids e Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

forças sociais participando da definição de prioridades, formulação, gestão e avaliação de políticas, serviços e ações de saúde” (CARDOSO, 2001, p. 64). Data desta época a criação dos conselhos de saúde, instâncias das quais a sociedade civil participa intervindo nas ações do SUS, fazendo valer seus interesses, propondo correções e aperfeiçoamentos da política de saúde através de seu acompanhamento, controle e fiscalização.

Mas os princípios do SUS, principalmente no que diz respeito à participação social e à gestão compartilhada com estados e municípios, foram implantados apenas paulatinamente no campo da Aids – podemos dizer que até hoje este processo não está terminado. No início da epidemia, “o Programa Nacional [de DST/AIDS] assumiu uma dinâmica concentradora de poder, centralizando as iniciativas e mantendo o controle e o monopólio das informações na instância federal”, em uma estrutura “muito próxima daquela defendida pelo campanhismo vertical permanente, hegemônica até meados da década de 1960” (CARDOSO, 2001, p. 87). De parceiros ou interlocutores, os programas estaduais passaram a ser considerados apenas executores das propostas elaboradas e coordenadas em Brasília (TEIXEIRA, 1997 apud GALVÃO, 2000, p. 122).

Apesar de alguns problemas, certas ações do Programa Nacional durante a primeira década da epidemia destacaram-se. A direção de Lair Guerra, entre 1986 e 1990, foi marcada pela criação da CNAIDS (Comissão Nacional de Aids), um fórum de discussão com a sociedade civil, mas criticada por não incluir verdadeiramente suas demandas nas decisões<sup>84</sup>. Em 1988, iniciou-se a distribuição gratuita dos medicamentos para as infecções oportunistas. Em 1991, quando surgiu a terapia antirretroviral, decidiu-se distribuir gratuitamente AZT (azidotimidina, fármaco aprovado nos EUA em 1987), ganciclovir e pentamidina aos necessitados<sup>85</sup> (CASTRO & SILVA, 2005, p. 58; NASCIMENTO, 2005, p. 100; CARDOSO,

---

<sup>84</sup> A CNAIDS foi estabelecida pelo Ministério da Saúde através da portaria no. 199/GM, inicialmente denominada de Comissão de Assessoramento em Aids (GALVÃO, 2000, p. 133). Ela é uma instância de caráter consultivo e multidisciplinar que assessora o Ministério da Saúde na definição de mecanismos técnicos para o controle da Aids e coordena a produção de documentos técnicos e científicos. Desde a criação da CNAIDS, em 1986, as organizações da sociedade civil e as PVHA têm sua representatividade garantida, através de eleições promovidas durante os encontros nacionais entre seus pares (BARBOSA, E., 2011, p. 108). Atualmente, a CNAIDS é definida pela Portaria Ministerial nº 43, de 28 de setembro de 2005. Dos 41 assentos, dois são destinados a representantes do MS, 10 de outros ministérios e secretarias do Governo federal, sete de organizações não governamentais e redes de pessoas que vivem com HIV, três de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, sete para representantes de universidades e institutos de pesquisa, nove para associações médicas e três para redes de trabalhadores e igrejas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012, p. 74).

<sup>85</sup> Em 1991, o AZT, disponível havia 2 anos na rede particular, passou a ser distribuído na rede pública (BIANCARELLI, 1997, p. 145). “Devido à grande demanda pelo AZT, pelo menos um dos laboratórios farmacêuticos nacionais decidiu ignorar as leis de patente e produzir no país o AZT a um preço significativamente reduzido. O PNA [Programa Nacional de Aids], então, aproveitou a oportunidade de adquirir o produto por atacado e tornou o AZT gratuito – mas apenas para casos notificados [...]” (PARKER, 2000, p. 132). Este episódio, entretanto, teve seu início marcado por um problema: a primeira distribuição do AZT nos hospitais foi rapidamente suspensa quando se percebeu que a validade do medicamento estava vencida (PARKER, 1994, p. 94).

2001, p. 85; GALVÃO, 2000, p. 124). No entanto, também é verdade que sua distribuição foi feita para sanar um problema de subnotificação, pois, “devido à discriminação generalizada, muitos médicos [...] costumavam atender aos desejos de seus pacientes, desobedecendo à lei de notificação de casos” (PARKER, 2000, p. 131).

Entre 1990 e 1992, no governo Collor, assumiu como ministro da Saúde Alceni Guerra, “político conservador e fortemente comprometido com a assistência médica privada” (NASCIMENTO, 2005, p. 101). Houve uma crise institucional no Governo federal, resultado da desestruturação do Programa Nacional<sup>86</sup> (reduziu-se o orçamento e o número de funcionários; Lair Guerra deixou o cargo de coordenadora, sendo substituída por Eduardo Cortes), que se refletiu nos Programas Estaduais. Além disso, desestruturaram-se as atividades educacionais do governo anterior e os sistemas de informação, suspendendo-se a emissão do Boletim Epidemiológico<sup>87</sup> (CARDOSO, 2001, p. 88). Houve, também, o rompimento das relações com alguns organismos internacionais (como o Programa Global de AIDS da OMS<sup>88</sup>) e com a própria sociedade civil (SC), pois a CNAIDS não se reuniu uma vez sequer. Nesta época, o Governo federal autorizou o aumento nos preços dos remédios usados no tratamento de doenças relacionadas à Aids, concomitantemente ao congelamento dos salários como política de estabilização econômica.

Em 1992, acusado de corrupção, Alceni Guerra renunciou e, em seu lugar, foi nomeado como ministro da saúde o cardiologista Adib Jatene. Lair Guerra reassumiu a direção do Programa Nacional, reestruturando e ampliando a resposta nacional, reestabelecendo as relações com os estados, municípios, comunidades científicas e de pesquisa, agências internacionais e ONGs (esta última medida, em atendimento às orientações do Programa Global de Aids). Criaram-se quatro grupos de trabalho: Vigilância Epidemiológica, Serviço de Assistência, Grupo de Prevenção e o Grupo de Ação Comunitária (mais adiante denominado Setor de Articulação com ONG), todos coordenados por técnicos especialistas em Aids e com a participação de membros da SC.

Em 1993, através da portaria ministerial no. 348, de 25/3/1993, foi instituído o Comitê Diretivo de Pesquisa, subordinado ao Programa Nacional, no intuito de avaliar e selecionar

<sup>86</sup> “Pelo Decreto 99.244, de 10/5/1990, que reorganizava a estrutura administrativa do Estado, passavam a compor o Ministério da Saúde três órgãos: o Conselho Nacional de Saúde, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, esta subdividida em Departamento Nacional de Programas de Saúde, Departamento de Normas e Departamento do Sistema Único de Saúde, extintas as antigas divisões” (NASCIMENTO, 2005, p. 11).

<sup>87</sup> O Boletim Epidemiológico foi, nesta fase, substituído por um relatório fotocopiado, com novo formato justificado pela contenção de verbas. Segundo Parker (1994, p. 93), ele nem sempre estava disponível, mesmo através de solicitação.

<sup>88</sup> Em 1986, foi criado pela OMS o *Special Programme on Aids* (Programa Especial de Aids), transformado em 1987 em Programa Global de Aids, tendo como primeiro diretor Jonathan Mann (GALVÃO, 2000, p. 64).

projetos de pesquisa a serem financiados por ele. Em 1994, atribuíram-se novas composições e competências à CNAIDS (através da portaria ministerial no. 1028, de 3/6/1994) e instituiu-se o Comitê de Vacinas (através da portaria ministerial no. 396, de 10/1/1994) para acompanhar as pesquisas sobre o tema no país, dele participando cientistas e membros da SC (NASCIMENTO, 2005, p. 103-104).

A partir de 1994, o Programa Brasileiro de Aids passou a receber financiamentos do Banco Mundial (BM), os quais contribuíram bastante no delineamento das ações sobre a epidemia no país. Até o momento, houve quatro financiamentos (em 1994, 1998, 2004 e 2010), ao longo dos quais diminuiu-se gradativamente a contribuição do BM e aumentou-se a contrapartida do governo brasileiro (CASTRO & SILVA, 2005).

Praticamente a mesma constelação institucional [o BM] que nos deu as políticas relativas à dívida externa na década de 70 e o ajuste estrutural da década de 80, lidera hoje, a luta global contra uma epidemia que suas próprias políticas anteriores tanto contribuíram para estruturar. Não é preciso dizer que existe, de fato, pouco mais que ironia nisso tudo [...] (PARKER, 2000, p. 125).

Do primeiro acordo de empréstimo (conhecido como Aids-I<sup>89</sup>), resultou a criação, através da portaria ministerial no. 843, de 22/4/1994, do Comitê de Avaliação de Projetos, destinado a avaliar e selecionar projetos de OSCs que seriam financiados pelo MS (NASCIMENTO, 2005, p. 103). Como vimos no capítulo anterior, isto fomentou a parceria entre o governo e a SC, inclusive em campanhas de prevenção. Entretanto, também provocou um aumento na quantidade de OSC-Aids e, conseqüentemente, a concorrência entre elas pelos escassos recursos.

Foi só em 1995, a partir da iniciativa da Universidade Federal da Bahia e com o suporte do Estado e do governo de Salvador, que se implementou o primeiro PTS (Programas de Troca de Seringas) brasileiro naquela cidade. Desde então, vários estados e OSCs adotam Programas de Redução de Danos. Os PTS foram uma estratégia de prevenção criada por sindicatos holandeses de usuários de drogas, chamados *Junkiebonden*. Diante da epidemia de hepatite que enfrentavam em Amsterdã, em 1984, eles propuseram a substituição de seringas usadas por novas. A estratégia foi posteriormente copiada por organizações da sociedade civil e administrações de todo o mundo (BASTOS, 2006, p. 54). No Brasil, as primeiras propostas de PTS foram iniciativas locais. A pioneira ocorreu em Santos, em 1989, mas o Ministério Público de São Paulo embargou o projeto por considerá-lo estimulador ao consumo de drogas.

---

<sup>89</sup> O primeiro empréstimo do BM ao Brasil possibilitou uma resposta nacional que envolveu 27 SESs, 43 SMSs, 175 OSCs, mais de 60 laboratórios e de 700 unidades de assistência, 37 universidades, dentre outros parceiros e iniciativas (GALVÃO, 2000, p. 152).

“Ainda que tais programas [de redução de danos] enfrentem até hoje problemas, tais dificuldades são antes fruto dos problemas crônicos de gerência e financiamento continuado das mais diferentes iniciativas de saúde no Brasil, do que da oposição estruturada de quaisquer forças políticas ou sociais” (BASTOS, 2006, p. 57, colchetes nossos).

Respalhada pela Lei Sarney (9313/96), de 13 de novembro de 1996, a distribuição da terapia tríplice (o coquetel) tornou-se obrigatória e gratuita nos serviços de saúde para todos os pacientes com Aids e soropositivos, estes com indicação terapêutica. O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a fazê-lo. Tal medida é hoje reconhecida internacionalmente, colocando a nação como um país-modelo na resposta à epidemia de Aids. No entanto, à sua época, a medida motivou críticas (equivocadas) da comunidade científica, por achar que não existiam condições técnico-operacionais para sua implementação, e do Banco Mundial<sup>90</sup>, por acreditar que seria um desastre econômico (CASTRO & SILVA, 2005, p. 59). O convencimento veio através de argumentos financeiros: a distribuição gratuita de antirretrovirais reduziria os custos hospitalares e as PVHAs passariam a render mais economicamente, pois recuperariam melhor a saúde e voltariam à vida produtiva (PARKER, 2000, p. 132).

As ações propostas pelo Aids-I, apesar de inovadoras, eram calcadas ainda na noção epidemiológica de *grupo de risco* (GALVÃO, 2000, p. 188), muito vigente entre 1981 e 1984, que entendia ser a Aids uma doença acometedora apenas de homossexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, hemofílicos e haitianos<sup>91</sup>. O conceito de *grupo de risco* foi criticado quando da disseminação rápida do HIV entre outras populações. Uma das críticas encontra-se ainda em 1985, nos trabalhos de Alden Klovdahl, sociólogo norte-americano radicado na Austrália, que aplicou a análise de redes sociais à emergente doença. “Mas, afinal, quem ligava à época, para um misterioso sociólogo norte-americano inteiramente à margem do *establishment* epidemiológico?” (BASTOS, 2006, p. 44). Apesar de ser muito criticada, a noção de *grupos de risco* ainda permanece no imaginário e, muitas vezes, nas lógicas das campanhas públicas de Aids.

---

<sup>90</sup> Ressalta-se que, naquela época, o Banco Mundial determinou a não-utilização de seu empréstimo ao Brasil para os medicamentos necessários ao tratamento das PVHAs (GALVÃO, 2000, p. 137).

<sup>91</sup> Devido a críticas e, principalmente, a pressões político-partidárias realizadas pelo governo haitiano junto ao governo estadunidense, os haitianos foram retirados do ‘grupo de risco’ em 1984 (CARVALHO, 2009, p 73).

O termo *grupo de risco* foi substituído primeiramente por *situação ou comportamento de risco* (mais vigente entre 1985 e 1988<sup>92</sup>), quando se consolidou o conhecimento sobre a causa viral e os modos de transmissão que, a rigor, não excluem nenhuma pessoa. Este novo conceito representa um avanço, principalmente porque se passou de informações genéricas como “sexo transmite Aids” para a discriminação das práticas sexuais mais ou menos seguras: qualquer atitude que facilite o contato com o HIV – ou seja, qualquer modalidade sexual (oral ou por penetração no ânus ou na vagina) sem o uso do preservativo, transfusão ou contato por outras vias (como seringas compartilhadas) com sangue contaminado. Tal conceito de *comportamento de risco* também colaborou para a solidariedade aos doentes, agora menos acuados (RODRIGUES, 2012, p. 20). Contudo, é também certo que atribuiu como responsabilidade do indivíduo a chance de contrair o HIV e eliminou a noção de que há desigualdades sociais, econômicas e culturais colocando algumas pessoas em maior vulnerabilidade que outras.

A partir de 1989, tentando superar o conceito epidemiológico de risco, aparece a noção de *vulnerabilidade* (amplamente difundida na América Latina durante os anos 1970, mas agora aplicada como suscetibilidade dos indivíduos a doenças), a partir de Tarantola e Netter (NASCIMENTO, 2005, p. 106; CARDOSO, 2001, p. 83 e 89). Revela-se haver aspectos socioeconômicos, políticos e culturais modelando a dinâmica da disseminação do HIV. O conceito de vulnerabilidade dialoga abertamente com o novo conceito de saúde da OMS (“estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”) por comportar três planos interdependentes de determinação: 1) comportamento pessoal (vulnerabilidade individual), contribuído pelo meio natural e social em que cada um está inserido; 2) contexto social (vulnerabilidade social), como acesso a informações de prevenção, acesso a serviços de saúde, aspectos sociopolíticos (como relações de gênero, grau de liberdade de expressão, investimento do Estados em saúde e condições gerais de bem-estar social); e 3) programas de prevenção (vulnerabilidade programática ou institucional), com ações institucionais (não só de governos, mas também de OSCs, de empresas, etc.) voltadas especificamente para o problema da Aids (CARVALHO, 2009, p. 116).

Portanto, é pelo seu caráter de vulnerabilidade inerente à sua condição biopsicosocial que o indivíduo se torna alvo das intervenções médicas. Desse modo, a visada médica não só alcança todos os indivíduos, saudáveis e doentes, como também é autorizada a

---

<sup>92</sup> Carvalho (2009, p. 74) atribui a 1987 o questionamento mais sistemático da noção de *grupo de risco* e a sua troca por *comportamento de risco*.

intervir sobre todos os aspectos de suas existências, uma vez que, mais do que abordar sintomas e patologias, trata-se, agora, de qualificar a vida, promovendo saúde e combatendo fatores de risco. (PINHEIRO & MEDEIROS, 2013, p. 641)

Com o conceito de vulnerabilidade, passa-se a valorar o combate às contínuas violações aos direitos humanos mais básicos, à discriminação, à desigualdade, à opressão, à exploração e à injustiça, tidas como causas estruturantes da epidemia de Aids. Ao mesmo tempo, valorizam-se as identidades de grupo e a diversidade das populações (RODRIGUES, 2012, p. 21). Percebe-se que não se trata de uma “epidemia democrática” (uma “ficção necessária” para conscientizar as pessoas não enquadradas nos grupos de risco) e que nunca se disseminou de forma aleatória nas sociedades (PARKER, 2000, p. 74 e 102).

A noção de vulnerabilidade só foi incorporada à política brasileira com as propostas de ação do Acordo de Empréstimo Aids-II do BM, em 1998<sup>93</sup>, principalmente devido à pauperização da epidemia (GALVÃO, 2000, p. 188). Através das ações, o Programa Nacional deu mais autonomia de gestão às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (CASTRO & SILVA, 2005, p. 125-126 e 166).

Em 2001 passou a funcionar a Renageno (Rede Nacional de Genotipagem), destinada a identificar as variáveis virais resistentes e as mutações associadas com as falhas terapêuticas aos antirretrovirais. Naquele mesmo ano, o Brasil participou da Reunião Ministerial da OMC (Organização Mundial do Comércio), realizada em Doha, buscando impedir a perda de direitos conquistados à saúde, com o advento do Acordo TRIPS<sup>94</sup> (Acordo sobre Direito de Comércio de Propriedade Intelectual) de 1995, que põe em risco a acessibilidade a medicamentos essenciais ao se referir sobre os direitos das indústrias farmacêuticas às patentes e marcas e à concorrência desleal (CASTRO & SILVA, 2005, p. 170 e 517):

No caso Brasil, por exemplo, até o ano de 1996 foi possível para os laboratórios públicos produzirem remédios utilizados na terapia combinada para o HIV/aids, pois o país elegia os setores nos quais seriam concedidas as patentes. Nesse contexto, aos setores de medicamentos e alimentos, na grande maioria dos casos, eram negadas essas concessões. Portanto, foi viável, até aquele ano, acompanhar as inovações farmacêuticas e disponibilizar no Sistema Público de Saúde os medicamentos necessários para o tratamento da aids. Contudo, a partir da incorporação de uma nova lei para adequação às regras do TRIPS, o Brasil se vê impedido de reproduzir os novos medicamentos surgidos depois de 1996, tendo que recorrer às compras internacionais e estando refém dos preços abusivos impostos pelos laboratórios estrangeiros. (CASTRO & SILVA, 2005, p. 518).

---

<sup>93</sup> O Aids-II foi no valor de US\$ 300 milhões, sendo US\$ 165 milhões o empréstimo do BM e US\$ 135 milhões a contrapartida nacional, dividida assim: US\$ 78 milhões do Governo federal, US\$ 32 milhões dos governos estaduais e US\$ 25 milhões dos municípios (GALVÃO, 2002, p. 90). Valores não atualizados.

<sup>94</sup> O Brasil, por pressão dos Estados Unidos, assinou a lei de patentes, no. 9.279, de 14/05/1996, significando na prática que o país deixaria de poder fabricar certos medicamentos, mesmo tendo capacidade para tanto, e teria de compra-los da indústria-monopólio, elevando seu preço ao consumidor (GALVÃO, 2000, p. 206).

Recorrendo ao dispositivo de licença compulsória do Acordo, o Brasil foi o primeiro país a quebrar a patente de um dos medicamentos utilizados no tratamento das PVHAs. Como resultado, conquistou-se na 4ª Conferência da OMC (Rodada Doha) que os países membros da OMC não estarão mais sujeitos a interpretações que resultem em retaliação às medidas tomadas internamente para proteger a saúde pública e a garantia dos Direitos Humanos (CASTRO & SILVA, 2005, p. 519):

A liderança brasileira [...] foi crucial para a aprovação da Resolução da ONU que define a saúde como direito humano e reconhece a necessidade de acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o HIV/aids. Esse documento foi emitido durante a 57ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU, em Genebra, em abril de 2001, num avanço por incluir as questões da aids em sua interface com outras dimensões da vida social e política (CASTRO & SILVA, 2005, p. 66).

A Portaria no. 2.313, de 19 de dezembro de 2002, instituiu dentro do Programa Nacional a política de incentivo que financia ações em DST/HIV/Aids de estados e municípios por meio de repasse automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Para tanto, eles devem elaborar e colocar em prática anualmente o PAM (Plano de Ações e Metas), que contém quatro áreas: promoção e prevenção; diagnóstico, assistência e tratamento; gestão e desenvolvimento humano e institucional; e parcerias com OSCs. A elaboração, o monitoramento e a avaliação do PAM devem contar obrigatoriamente com a participação da sociedade civil atuante em HIV/Aids, em articulação com os Conselhos de Saúde, segundo o item 1.4.5. do Anexo I da portaria. O DDAHV (Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais) criou um sistema para monitorar o cumprimento das metas e da execução financeira dos PAMs, de acesso público através do seu *site* (BRITO & PEDROSA, 2011, p. 31-32).

Em 2003, foi aprovado o Aids-III, o 3º empréstimo do Banco Mundial ao Programa Nacional de Aids: U\$ 200 milhões, dos quais a metade foi contrapartida nacional. Suas ações estenderam-se até 2007 (PAZ, 2007, p. 70).

Desde 2005, o Programa Nacional conta com um setor específico para a articulação com a sociedade civil (SC): a CAMS (Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais), que reúne 20 representantes de diversos movimentos sociais e OSCs das cinco regiões do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 74). Desde novembro de 2011, a CAMS tem caráter consultivo quanto à formulação de políticas de enfrentamento das DST, HIV/Aids e hepatites virais. No entanto, como denuncia a SC, isso não garante que todas as suas demandas serão

atendidas, visto que a efetivação da política está a cargo dos estados e municípios devido à descentralização (LACCASO, 2012, p. 20).

### 3.2.2 A resposta do Estado brasileiro à Aids: conjuntura atual

Atualmente, considera-se que a epidemia brasileira está “estabilizada”<sup>95</sup> e “concentrada” em populações específicas porque, apesar de uma prevalência de HIV baixa na população em geral (estima-se que 0,4%), ela pode ser bem maior em alguns grupos prioritários, como homens que fazem sexo com homens (10,5%), mulheres profissionais do sexo (4,9%) e usuários de drogas (5,9%). Ademais, é uma epidemia localizável geograficamente, evidenciando a opinião de Bastos (2006, p. 87) de que “[...] as inúmeras e profundas fissuras da sociedade brasileira têm dado lugar a epidemias de cunho local ou mesmo regional [...]”, pois o HIV se beneficia das fragilidades das redes sociais.

Segundo o mais recente boletim epidemiológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), estima-se que atualmente 718 mil pessoas vivam com HIV/Aids no país, mas cerca de 20% delas ainda não se diagnosticaram. Aproximadamente 74% (531 mil) dos indivíduos infectados foram vinculados aos serviços de saúde e estão monitorando sua infecção por meio de exames laboratoriais ou estão em TARV (terapia antirretroviral) – são 313 mil pessoas, representando 44% das PVHAs. A cada ano, mais de 30 mil PVHAs iniciam a TARV no país (BRASIL, 2012, p. 14). Dentre os indivíduos em TARV, 76% apresentam carga viral indetectável, valor 13,2% maior do que o observado em 2008. A média de sobrevivência após o diagnóstico de Aids passou de 58 meses em 2000 para mais de 9 anos em 2007 (BRASIL, 2012, p. 10). O número de pessoas em TARV mais do que dobrou nos últimos 10 anos: de 125 mil para 313 mil. Apesar disso, 63 mil pessoas que possuem indicação de tratamento (ou seja, que tenham menos de 500 células CD4 por mm<sup>3</sup> de sangue) não estão sendo tratadas. Espera-se um aumento desse número com o novo protocolo, lançado em dezembro de 2013, que indica a TARV a todos os soropositivos, independentemente da carga viral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Desde o início da notificação, na década de 1980, foram contabilizados 656 mil casos de Aids. A taxa de detecção mantém-se estável na população ao longo de cinco anos, com

---

<sup>95</sup> Estar “estabilizada” não significa que não haja aumento nos casos de Aids no país. O coeficiente é medido tendo como base a razão entre o número de casos de Aids em um determinado período e o total da população brasileira – que pode aumentar a cada ano, compensando, assim, no cálculo, o aumento dos casos de Aids.

números por volta de 20,2 casos a cada 100 mil habitantes, sendo registrados, em média, cerca de 39 mil casos de Aids por ano. Nos últimos 10 anos, essa taxa no Brasil sofreu uma elevação de cerca de 2%, sendo observada uma diminuição nas regiões Sudeste (-18,6%) e Sul (-0,3%), enquanto houve aumento nas regiões Norte (+92,7%), Nordeste (+62,6%) e Centro-Oeste (+6,0%). Apesar da pequena diminuição, a maior taxa de detecção foi observada na Região Sul (30,9 casos por 100.000 habitantes), seguida pelas regiões Norte (21,0), Sudeste (20,1), Centro-Oeste (19,5) e Nordeste (14,8). Os estados com maiores taxas de detecção de casos de Aids são Rio Grande do Sul (41,4), Santa Catarina (33,5), Amazonas (29,2) e Rio de Janeiro (28,7).

Mais de 95% da população brasileira sabe que o preservativo é a melhor maneira de prevenir a infecção pelo HIV, mas nos últimos anos houve queda do seu uso (BRASIL, 2012, p. 5). O último boletim epidemiológico aponta um aumento expressivo de casos de Aids na população entre 15 e 24 anos no período entre 2005 e 2012: de 8,1 para 11,3 casos a cada 100 mil habitantes. O maior aumento deu-se entre homens que fazem sexo com homens (HSH), de todas as idades: de 22,7 para 32 casos a cada 100 mil habitantes - bem maior do que a taxa geral brasileira, de 20,2. Os casos de Aids entre os jovens masculinos cresceram 81%: subiram de 1454 para 2635 casos. Entre as mulheres jovens, a tendência é inversa: houve queda de 4%.

Observa-se, a cada ano, aproximadamente 12 mil óbitos por Aids (BRASIL, 2012, p. 4). Em 2012, foram 11896 vítimas. Do total de óbitos por Aids no Brasil, até o ano passado, 71,6% (190215) ocorreram entre homens e 28,4% (75371) entre mulheres. O coeficiente de mortalidade reduziu 14% nos últimos 10 anos: de 6,4 para 5,5 casos por 100 mil habitantes. Entretanto, houve aumento nas regiões Norte (+60,0%), Nordeste (+33,3%) e Centro-Oeste (+4,4%), e redução nas regiões Sudeste (-31,7%) e Sul (-7,2%). Os coeficientes por região em 2012 foram: 7,7 no Sul, 5,6 no Norte e Sudeste, 4,7 no Centro-Oeste e 4,0 no Nordeste.

Nos últimos 10 anos, reduziram-se as taxas de detecção de casos de Aids em menores de cinco anos<sup>96</sup> (indicador utilizado para monitorar a transmissão vertical do HIV, ou seja, de mãe para filho), na faixa de 5 a 9 anos<sup>97</sup> e na faixa de 10 a 14 anos<sup>98</sup>.

Em Minas Gerais, desde 2000 foram notificados 35007 novos casos de Aids – aproximadamente 2 mil por ano. A taxa de incidência da doença acompanha a tendência nacional de 13 casos a cada 100 mil habitantes. Atualmente, há a interiorização da síndrome

---

<sup>96</sup> A queda foi de 35,8%, havendo 3,4 casos por 100.000 habitantes em 2012.

<sup>97</sup> Em 2012, a taxa foi de 0,7 casos por 100.000 habitantes: 71% de redução em relação a 2003.

<sup>98</sup> Em 2012, a taxa foi de 0,9 casos por 100.000 habitantes.

no estado: os casos estão distribuídos em 728 municípios, sendo que Belo Horizonte, Juiz de Fora e Uberlândia estão entre as 15 cidades com maior incidência. Percebe-se um aumento de contaminação entre as mulheres: havia 39 homens infectados para cada mulher infectada em 1985; em 2012, essa razão baixou para 1,6, seguindo uma tendência nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Comparando-se os dados da década de 1980, do início da epidemia, com os de 2012, percebe-se que a contaminação entre heterossexuais aumentou (de 12% do total de casos para 51,22%) e entre os homossexuais ela diminuiu (de 60% para 15,96%). Os mais afetados são os jovens entre 20 e 34 anos, seguidos dos adultos entre 35 e 49 anos. Em 2012, houve 804 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.13).

Atualmente, a resposta brasileira à Aids é integrada, com ações intersetoriais, compreendendo o MS, o Ministério da Educação, o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério da Defesa, a Secretaria de Direitos Humanos, a Secretaria de Políticas das Mulheres, a Secretaria de Igualdade Racial, e outros (BRASIL, 2012, p. 12). Dentre os serviços especiais de assistência, figuram: 712 SAEs (Serviço de Atendimento Especializado), Hospitais Dia, 518 CTAs (Centros de Testagem e Aconselhamento), Serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico e 724 UDMs (Unidades de Distribuição de Medicamentos), onde se realizam ações como o controle do sangue e dos hemoderivados, testes de contagem de linfócitos (CD4), testes de sorologia para HIV e testes de contagem de carga viral (CASTRO & SILVA, 2005, p. 69-70). Existem 25 serviços credenciados para tratamento da lipodistrofia (BRASIL, 2012, p. 9).

Atualmente, o Programa Estadual de DST/Aids de Minas Gerais segue a lógica do SUS e do Plano Diretor de Regionalização. Há 55 municípios com PAM (Plano de Ações e Metas) recebendo incentivos fundo a fundo do MS. Constituem a rede de atendimento 44 SAEs, 41 CTAs, 55 UDMs e 89 maternidades/instituições capacitadas para a assistência à parturiente portadora do HIV e seu recém-nascido (PROGRAMA... 2012, sem paginação).

A resposta governamental brasileira à epidemia de Aids tornou-se “tímida e burocrática” (PARKER, 2000, p. 120), por vezes adotando alguns discursos progressistas, mas implementando na prática programas apropriados a uma política econômica capitalista neoliberal e globalizada. Como explícito na Carta Política do VII Fórum UNGASS-Aids Brasil, “a epidemia de Aids no Brasil ocorre num contexto de privatização de áreas estratégicas como saúde, educação, produção de energia, transporte, comunicação e segurança”.

A década de 2010 começou com uma situação política nacional e internacional mais conservadora, na qual “los grupos fundamentalistas son ahora más organizados y financiados de lo que eran hace diez años” (LACCASO, 2012, p. 48). Isso ficou claro para a SC latino-americana na *Declaração Política sobre HIV/AIDS: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/AIDS*, resolução adotada pela Assembleia Geral da ONU em 10 de junho de 2011 (ONU, 2011), cujo texto sugere, ao seu ver, “que las leyes nacionales y las normas culturales, sociales y religiosas tienen prioridad sobre las obligaciones con los derechos humanos” (LACCASO, 2012, p. 51). No Brasil, o atual contexto político é marcado pela eleição de pessoas religiosas e conservadoras, denominadas genericamente de “bancada evangélica”. Esta tem sido denunciada pela sociedade civil e outros políticos por influenciar o Ministério da Saúde nos constantes vetos a campanhas de prevenção, como a do carnaval de 2012 dirigida a homossexuais, outra de 2013, dirigida a prostitutas, e as cartilhas educativas do Programa Saúde nas Escolas sobre sexualidade (como o episódio do Kit *gay*, em 2011, e das revistas em quadrinhos do Saúde na Escola, em 2013).

Ao mesmo tempo, percebeu-se a diminuição da contribuição ao FGLATM (Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose e Malária) daqueles países doadores cuja participação na última década havia aumentado, consequência da crise financeira internacional. Para agravar a situação, a nova projeção do Brasil no cenário internacional, colocando-o no papel de doador de recursos e não mais receptor<sup>99</sup>, causa uma falsa percepção de que os problemas internos estão resolvidos. Mas, por aqui, segundo o UNAIDS<sup>100</sup>, a cobertura universal do tratamento anti-HIV não se verifica na prática, apresentando variações entre 60% e 79% (UNGASS–AIDS, 2012, item 2.1). Além disso, a qualidade do tratamento ao HIV/Aids leva ao equívoco da crença de a epidemia estar controlada, existente apenas em

---

<sup>99</sup> O aumento da ajuda internacional do governo brasileiro foi de US\$ 1,4 bilhões entre 2008 e 2012 (FORUM UNGASS–AIDS, 2012, p. 14).

<sup>100</sup> O UNAIDS foi estabelecido em 1994, por uma resolução do Conselho Econômico e Social da ONU e lançado em janeiro de 1996, em substituição ao Programa Global de Aids (PGA). Quando surgiu, incluía, além da OMS, outras 5 agências da ONU, coadunando para a ideia de que Aids não é apenas um problema de saúde: Banco Mundial, Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), UNICEF, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Em 1999, foi incluído o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP) (GALVÃO, 2000, p. 100). É importante ressaltar que a pluralidade de agências conforma uma pluralidade de entendimentos sobre as prioridades no enfrentamento à Aids e de ações (GALVÃO, 2000, p. 197). O UNAIDS atua por meio de Grupos Temáticos (GT), um mecanismo de coordenação que capacita os países a fazer melhor uso do Sistema Nações Unidas para apoiar seus Programas Nacionais sobre HIV/Aids. Ele é guiado por uma Junta de Coordenação de Programas (PCB), com representantes de 22 governos de todas as regiões geográficas, além das Agências Copatrocinadoras, do Secretariado do UNAIDS e de cinco representantes de organizações não-governamentais, incluindo associações de pessoas vivendo com HIV. O Grupo Temático Ampliado das Nações Unidas sobre HIV/Aids (GT/UNAIDS) no Brasil foi constituído em 1997. Desde então, desenvolve ações voltadas ao apoio e ao fortalecimento de uma resposta nacional multisetorial à epidemia com vistas a atingir as metas de acesso universal à prevenção, tratamento, assistência e apoio. Diferentemente do que ocorre em muitos outros países, o GT/UNAIDS no Brasil incorpora também agências bilaterais e membros da sociedade civil, além de um conjunto de diversos atores do Governo federal (CASTRO & SILVA, 2005, p. 87).

populações-chaves, criando a ilusão de “invulnerabilidade” dos outros grupos populacionais (TERTO JR., 2011, p. 17-18).

Em maio de 2010, houve novo empréstimo do Banco Mundial (AIDS-SUS<sup>101</sup>), cujas ações devem se estender até fins de 2014 e têm dois focos principais: 1) as populações vulneráveis ao HIV, por meio da ampliação de acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento; 2) os gestores locais, a partir da melhoria da governança, baseada em resultados (serão implementadas novas modalidades de incentivos aos Estados e municípios, como financiamento de bolsas, sistema de premiação e sanções baseadas em resultados). Entre as metas estabelecidas estão o aumento do uso do preservativo e da testagem anti-aids entre profissionais do sexo, UDIs e HSHs.

O preservativo masculino continua sendo o mais incentivado, cuja distribuição gratuita fomentou a inauguração, com recursos do Ministério da Saúde, da primeira fábrica estatal de preservativos masculinos do Brasil e a primeira no mundo a usar látex de seringueira nativa, em Xapuri/Acre, em 2008. O preservativo feminino é comercializado no Brasil desde 1997, mas não é tão fácil de ser encontrado em farmácias como o preservativo masculino, e é mais caro. O principal acesso a ele ainda é através da rede pública de saúde e OSCs. Desde 2000, ele passou a ser distribuído, via SES, a populações femininas consideradas prioritárias para a prevenção do HIV: profissionais do sexo, mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual, usuárias e/ou parceiras de usuários de drogas, com outras DST e de baixa renda. Entretanto, há limitada capacidade de produção (RODRIGUES, 2012, p. 77).

Segundo Fernanda Rodrigues (2012, p. 93), fica evidente, ao se observar os serviços de atenção, que ainda é hegemônico o modelo limitado da medicina preventivista - calcado em fatores biomédicos e centrado na educação para uso de instrumentos de prevenção, como camisinhas e seringas descartáveis, ou no controle clínico da infecção e na adesão ao tratamento - sendo pouco incorporada a compreensão de que aspectos socioculturais ampliam a vulnerabilidade do indivíduo à infecção ao HIV e ao seu adoecimento por Aids.

Anualmente, o Brasil investe R\$ 800 milhões na aquisição de antirretrovirais, sendo que dos 20 tipos distribuídos gratuitamente pelo SUS, 11 são produzidos nacionalmente (BRASIL, 2012, p. 11), tendo sido incorporadas, nos últimos dois anos, duas novas drogas –

---

<sup>101</sup> Foram US\$ 67 milhões do Banco Mundial e uma contrapartida nacional de US\$ 133 milhões (valores não atualizados). Veja todos os documentos do empréstimo AIDS-SUS em: <http://bit.ly/16IYPtv>. Acesso em 24 out 2013.

tipranavir e maraviroque, empregadas em terapias de resgate<sup>102</sup>. Em 2011, novamente o Brasil não reconheceu a patente de um medicamento, desta vez do tenofovir, passando a produzi-lo nacionalmente (BRASIL, 2012, p. 11). Entretanto, o governo tem optado por deixar de lado o uso da licença compulsória como medida de proteção para a saúde, temendo represálias na OMC, passando a adotar uma estratégia comercial baseada na negociação de licenças voluntárias com os titulares das patentes, por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs). Por seu custo maior, tal medida tem provocado críticas da sociedade civil organizada.

Em dezembro de 2013, o país lançou a primeira Unidade de Testagem Móvel (UTM), com capacidade para realizar cerca de 1700 testes rápidos por mês em locais de difícil acesso e grandes mobilizações populares. O teste rápido é ofertado no país desde 2005 e é 100% nacional desde 2008, produzido pela Biomanguinhos/Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) e pela Universidade Federal do Espírito Santo. Ele exige apenas uma gota de sangue do paciente, tem a mesma confiabilidade do teste tradicional (chamado Elisa), tendo como vantagem ficar pronto em cerca de 30 minutos. No teste convencional, há duas etapas: na primeira delas, se for verificado algum anticorpo anti-HIV no sangue, é necessária a realização de outro teste adicional para confirmar o diagnóstico. Na segunda etapa, o sangue é colhido e o resultado sai em no máximo 30 minutos. O problema é que algumas pessoas não costumam retornar ao serviço de saúde para realizar esta segunda etapa de testagem, pelo receio de receber um resultado positivo.

O teste caseiro para diagnóstico de HIV começará a ser vendido nas farmácias do Brasil, a partir de fevereiro de 2014. Parte do seu preço será subsidiada pelo Ministério da Saúde, custando R\$ 8,00 ao consumidor – o valor mais barato do mercado internacional. O exame, desenvolvido pela Fiocruz, é feito com base na análise da saliva coletada pela própria pessoa, e só serve para detectar HIV, não sendo útil para outras DSTs ou hepatites virais. Um teste similar é vendido nas farmácias dos Estados Unidos há cerca de dois anos. Uma parte da sociedade civil brasileira, por sua vez, não vê com bons olhos esse teste, pois considera essencial o aconselhamento e o apoio psicológico após o resultado do exame.

Atualmente, o governo propõe que os testes de HIV sejam realizados fora dos serviços de saúde, em diferentes locais, inclusive pelo próprio *staff* das OSCs-Aids. Em novembro de 2013, ele iniciou a capacitação de 40 delas, de todas as regiões do Brasil, para realizarem o teste rápido. Entretanto, outras OSCs-Aids discordam de tal política (chamada de “testagem

---

<sup>102</sup> Chama-se terapia de resgate àquela empregada quando houve falha ou resistência às terapias convencionais.

entre pares”), pois acreditam que ela significa terceirizar o serviço. O governo contesta, arguindo que o SUS “é constituído com a participação da sociedade civil na definição das prioridades e nas ações de saúde”<sup>103</sup>.

Recentemente, o Ministério da Saúde propôs ampliar de forma gradual a participação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na oferta de diagnóstico e tratamento de PVHAs com casos menos complicados, realocando certos serviços da atenção especializada para a atenção básica de saúde. Porém, muitos pesquisadores e profissionais da área questionam a eficácia da estratégia, uma vez que a atenção básica está sobrecarregada nacionalmente e falta a muitos dos seus trabalhadores uma expertise em HIV/Aids.

Hoje, o principal debate sobre a Aids gira em torno dos estudos sobre as novas tecnologias preventivas, suas eficácias, seus custos e a disponibilidade de os países as adotarem. São elas: o tratamento à Aids, a PEP, a PreP e a circuncisão masculina. A seguir, detalharemos cada uma delas.

O tratamento com antirretrovirais tem enorme impacto no controle da epidemia e pode representar um instrumento adicional na prevenção da síndrome, pois foi descoberto que ele reduz a chance de transmissão do HIV. O protocolo de pesquisa HPTN 052, conduzido pelo *National Institute of Health* (NIH) dos EUA, em 2011, com 1763 casais sorodiscordantes de todos os continentes, incluindo brasileiros, ministrou medicação antirretroviral aos indivíduos HIV-positivos, que iniciaram o tratamento preventivo precocemente e foram acompanhados durante um ano e sete meses. Em níveis indetectáveis (definidos como abaixo de 50 cópias virais por mL de sangue), as taxas de proteção dos indivíduos HIV-negativos chegaram a 96%, nível similar ao do uso da camisinha. O problema é que um recente estudo conduzido pela *University of Southern California*<sup>104</sup> mostrou que a estratégia *test-and-treat* (oferecer tratamento a todos os soropositivos, detectados através de exame, independentemente da carga viral e do seu estado imunológico) também possui um lado negativo: o aumento da prevalência de HIV resistente a drogas na população soropositiva, avaliada mediante modelo matemático. Essa resistência pode acontecer naturalmente, mais relacionada a portadores que não conseguem reduzir sua carga viral a níveis indetectáveis, mas também devido à adesão baixa ou insuficiente ao tratamento - por uma baixa tolerância à medicação, dificuldade de

---

<sup>103</sup> Matéria publicada pela Agência de Notícias da Aids, em 11/05/2012, ilustra esse debate. Disponível em: <http://bit.ly/1cXcsFL>. Acesso em 04 dez 2013.

<sup>104</sup> Acesso ao estudo completo em: <http://bit.ly/1ahIU1O>. Acesso em 26 nov 2013.

acesso aos serviços de saúde, efeitos colaterais (incluindo lipodistrofia), dentre outros motivos.

No Brasil, novas diretrizes publicadas em fevereiro de 2013 anteciparam o início da oferta de TARV para soropositivos cujos parceiros fossem soronegativos. Mas em dezembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde anunciou a oferta do tratamento da Aids para todos os infectados com HIV, independentemente da carga viral ou da contagem de células CD4. Além do país, apenas Estados Unidos e França adotaram a medida. Para melhorar a adesão ao tratamento, o MS anunciou que o Rio Grande do Sul (estado com maior prevalência dos casos de Aids) e o Amazonas (estado com a maior taxa de mortalidade proporcionalmente a seus casos) serão os primeiros estados a receber a pílula 3 em 1, que concentra em um único comprimido três medicamentos diferentes. A previsão é que a distribuição comece em fevereiro de 2014 e que, caso seja bem sucedida, a iniciativa seja expandida para o resto do país até o fim do primeiro semestre.

Para tornar o tratamento disponível a todos os soropositivos, independentemente da carga viral, no fim de 2013 houve a publicação de uma nova portaria ministerial que tornou obrigatória a notificação de casos de infecção pelo HIV no nível nacional, atualizando a lista completa de agravos de notificação compulsória, a saber: “Aids” (em adultos e crianças), “HIV em gestantes” e “crianças expostas ao HIV”. Até então, a notificação dos casos de HIV era implantada apenas em alguns estados e municípios, por meio de suas legislações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.3).

A PEP (profilaxia pós-exposição), popularmente chamada de “pílula do dia seguinte da Aids”, é uma forma de prevenção da infecção pelo HIV para pessoas que possam ter entrado em contato com o vírus. A possível exposição ao HIV é avaliada pelo profissional de saúde que, com base em uma tabela<sup>105</sup> do Ministério da Saúde, indica ou não o uso da PEP. Nos casos recomendados, ministram-se à pessoa os medicamentos do tratamento da Aids, idealmente até, no máximo, 72 horas após a exposição ao vírus. Esses medicamentos precisam ser tomados por 28 dias consecutivos, para impedir a infecção pelo vírus, sempre com orientação médica. De 1998 a 2010, a PEP era indicada apenas para vítimas de violência sexual e profissionais da saúde que se acidentavam com agulhas contaminadas. A partir de outubro de 2010, o Ministério da Saúde passou a ofertá-la no SUS e a indicá-la também para pessoas que compartilharam seringas ou que mantiveram relações sexuais consideradas de

---

<sup>105</sup> Acesse um exemplo da tabela utilizada em: <http://bit.ly/1jGEkA0>. Acesso em 26 nov 2013.

risco (BRASIL, 21012, p. 6). Em dezembro de 2013, o MS anunciou que passará a ofertar a PEP não mais apenas nos serviços especializados, mas na rede básica de saúde, para facilitar o acesso da população. Entretanto, poucas pessoas no país sabem da existência da PEP porque o Ministério da Saúde receia, ao divulgá-la, contribuir para fomentar nas pessoas a adoção de práticas de risco – o que, a nosso ver, é uma visão bastante míope, pois muitas pessoas já não usam preservativo, com ou sem PEP. Ademais, o aumento da procura pela PEP acarretaria mais custos ao governo.

Outro método preventivo envolvendo os antirretrovirais é a PrEP (sigla em inglês traduzida como “profilaxia pré-exposição”). Ela consiste na utilização, por pessoas soronegativas, de alguns medicamentos antirretrovirais (como o tenofovir e a emtricitabina, ou sua combinação) por via oral ou como gel microbicida (vaginal ou anal) na pré-exposição ao HIV (antes do sexo ou do compartilhamento de seringas). Vários estudos<sup>106</sup> apontam proteção à infecção entre 67% e 94,9%. Entretanto, não se sabe ainda os efeitos do remédio em um corpo sadio. Ademais, a eficácia deste método depende da satisfatória adesão ao regime proposto, e sua utilização acarretaria em mais custos ao governo. Em dezembro de 2013, o Ministério da Saúde anunciou que implantará, pela primeira vez, a PrEP no Rio Grande do Sul (estado onde a epidemia está generalizada), em grupos mais vulneráveis, como HSHs, profissionais do sexo, travestis, transexuais, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade e em situação de rua. Os resultados alcançados lá servirão de base para, futuramente, o MS decidir ou não expandi-la para todo o território nacional. Aprovações como estas e sua divulgação (da qual participa a mídia) podem potencializar dois lados de uma mesma moeda: os contradiscursos latentes em relação à prevenção (pois ela implica em renúncia a vivências, problemática numa sociedade hedônica) e que materializam resistência ao biopoder; bem como a captura dos sujeitos no discurso da medicalização da vida, absolutamente dominante hoje e com forte índice de adesão (identificação e assujeitamento). Entretanto, comunga-se também de uma preocupação ética: se foi descoberta uma tecnologia preventiva, por que não ofertá-la às pessoas?

---

<sup>106</sup> A agência estadunidense FDA (*Food and Drug Administration*) recomendou o fármaco Truvada (combinação de tenofovir com emtricitabina), usado em pacientes soropositivos, também como método preventivo em pacientes soronegativos. Testes feitos com o medicamento entre casais heterossexuais sorodiscordantes (conhecidos como Partners PrEP) apontam que ele demonstrou eficácia entre 67% e 75%. Outro teste feito com mulheres (conhecido como FEM-PrEP) precisou ser interrompido, pois mostrava o mesmo resultado do placebo – por outro lado, também demonstrou haver baixa adesão dos indivíduos ao regime proposto. Já um estudo multicêntrico (denominado Iprex), cujos resultados foram publicados em 2010 e no qual houve participação de voluntários do Brasil, mostrou que a terapia reduziu o risco de infecção em até 94,9%. A pesquisa incluiu 2499 homens em 11 centros de estudo.

Durante a III Conferência Internacional sobre a AIDS, realizada em 2005, no Rio de Janeiro, divulgou-se que a circuncisão masculina poderia ser mais uma forma de prevenção às DSTs/Aids. Através de testes controlados<sup>107</sup>, foi verificado que, na relação sexual entre homem e mulher, ela diminui o risco de o homem se infectar por HIV (entre 50 e 60%), por HPV (que causa câncer de útero e de pênis, entre 35%) e por herpes (entre 25%). Contudo, os cientistas ainda não entendem as causas biológicas disso<sup>108</sup>. Segundo compromisso firmado pelo Brasil ao assinar a *Declaração Política sobre HIV/AIDS: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/AIDS* (ONU, 2011, item 59-i), deveríamos estar promovendo a circuncisão médica masculina como um novo método de prevenção descoberto pela Ciência em locais onde a prevalência do HIV for alta e os níveis de circuncisão masculina forem baixos. No entanto, ela não é adotada no Brasil ou abordada em campanhas ou cartilhas educativas feitas pelo Governo federal. Encontramo-la apenas em uma cartilha da OSC-Aids ABIA<sup>109</sup>.

A sociedade científica internacional denomina “prevenção combinada” a soma da prevenção clássica (preservativo masculino ou feminino, gel lubrificante, microbicidas) com a necessidade de mudanças estruturais (combate à homofobia, ao machismo, à pobreza etc.), o uso de antirretrovirais para a prevenção e a descoberta da circuncisão masculina como forma de proteção contra a transmissão sexual do HIV. Como vimos, o Brasil tem dificuldade em promover a prevenção combinada, priorizando constantemente a prevenção clássica. Além disso, os novos métodos de prevenção, como a PEP, estão ausentes dos discursos das campanhas.

### 3.3 DA BIOPOLÍTICA ÀS BIOCIVILIDADES: A SOCIEDADE CIVIL BRASILEIRA NA RESPOSTA À AIDS

Em meados do século XX, a intervenção crescente da medicina nos acontecimentos comuns da vida, justificada pela vitória dos seus conhecimentos sobre várias enfermidades, parecia estar a ponto de conquistar um quase-monopólio na gestão do corpo e no desvendamento de seus segredos, principalmente com a extensão de suas intervenções para

---

<sup>107</sup> Foram feitos testes em Uganda, no Quênia, na África do Sul, em Suazilândia e nos Estados Unidos (VARELLA, 2013).

<sup>108</sup> Acredita-se que o prepúcio tem várias células de Langerhans, que captam os vírus e os apresentam ao sistema imunológico. Ademais, ao removê-lo, aumenta-se a quantidade de oxigênio na região, diminuindo a umidade e, portanto, alterando a população de microorganismos do pênis.

<sup>109</sup> Acesse a cartilha em: <http://bit.ly/17RhOCe>. Acesso em 23 nov 2013.

além do domínio da doença (MOULIN, 2008, p. 80). Mas essa medicalização da sociedade através da promulgação de regras de comportamento, repreensão aos prazeres e aprisionamento do cotidiano em recomendações sanitárias, passou a encontrar resistências da população em abdicar de sua autonomia: as pessoas passaram a reivindicar mais participação nas decisões que lhe dizem respeito<sup>110</sup> – nas biopolíticas. “A multiplicação de suas intervenções, algumas delas tocando a integridade da pessoa, seus modos de reprodução e sua maneira de morrer, suscitou a inquietação na própria corporação, que permitiu a seu lado um lugar para a sociedade civil e para as autoridades políticas e religiosas” (MOULIN, 2008, p. 15).

Por volta de 1960, o corpo sob o qual se exercia o biopoder passou a ser lugar de luta e resistência a esse mesmo poder: “[...] as minorias de raça, de classe ou de gênero pensavam ter apenas o próprio corpo para opor ao discurso do poder, à linguagem como instrumento para impor o silêncio aos corpos” (COURTINE, 2008, p. 8-9). Duas décadas mais tarde irrompeu a Aids, reunindo grupos marginalizados por diversas questões (sexo, cor, classe social, comportamento) pela primeira vez em torno de um objetivo comum: a mobilização face ao poder médico, considerado medroso ou tradicionalista (MOULIN, 2008, p. 35).

[...] nenhuma doença na história da humanidade ensejou tão rapidamente tantos encontros, tantas publicações resultantes de pesquisas básicas, epidemiológicas ou sociocomportamentais, nem tanta retórica política, reações comunitárias e governamentais, no sentido de buscar uma explicação para o seu surgimento. A reação dos grupos diretamente atingidos pela doença teve, sem dúvida, um papel importante nesse processo, sobretudo por estabelecer e difundir estratégias de proteção contra ela (NASCIMENTO, 2005, p. 85).

Portanto, o saber médico sobre a Aids tornou-se um problema público através de uma forma de biossocialidade – ou seja, a associação de pessoas em torno de identidades biológicas singulares (KECK & RABINOW, 2008, p.95)<sup>111</sup>. Face à solidão da morte, eles buscaram estratégias de vínculos de pertencimento (NASCIMENTO, 2005, p. 167), tendo

<sup>110</sup>Em 1994, assinou-se a Declaração de Paris, também conhecida como GIPA (Declaração sobre Maior Envolvimento de Pessoas Vivendo com ou Afetadas pelo HIV/Aids), que reconhece a necessidade de maior envolvimento das PVHAs nas políticas nacionais e internacionais de combate à epidemia (CASTRO & SILVA, 2005, p. 61) Uma das consequências do GIPA foi o ‘princípio de Genebra’, adotado na XII Conferência Internacional de Aids, em 1998, segundo o qual deve haver maior participação e destaque às PVHAs nestas conferências. (GALVÃO, 2000, p. 77).

<sup>111</sup> Nascimento (2005), ao comparar as respostas brasileiras à tuberculose no início do século XX e à Aids, no fim do mesmo século, percebeu que esta última teve o envolvimento mais forte dos doentes e das pessoas solidárias a eles, principalmente amigos e familiares, e foi marcada pela participação de ONGs (organizações não governamentais), surgidas na segunda metade do século. Ademais, na luta contra a tuberculose, as pessoas organizadas não se portavam à sociedade como (ex)tuberculosas, mas como autoridades da ciência e do poder médico, que se dirigiam ao Estado clamando por políticas públicas de saúde dentro do ideal de modernização e progresso do país. Já os doentes de Aids dirigiram-se à sociedade assumindo uma bioidentidade – a de “doentes” -, pessoas comuns que sabiam que iriam morrer, valendo-se disso como legitimidade para sua luta.

como pano de fundo a solidariedade: a consciência da vulnerabilidade de todos os indivíduos, independente de suas diferenças, ao HIV e à Aids (PARKER, 1994).

Essas associações passaram a se impor nas deliberações oficiais e nas reuniões científicas e a se dirigir aos meios de comunicação de massa, questionando alguns discursos de verdade da ciência, valendo-se do conhecimento acumulado das próprias comunidades mais diretamente afetadas. Uma das primeiras reivindicações foi quanto à medida de isolamento e quarentena dos doentes de Aids, estabelecida pelo poder-saber médico que, àquela época, pouco conhecia sobre seus mecanismos de transmissão. Altamente estigmatizante e letal, a doença levava o indivíduo à exclusão social.

No pânico dos anos 1980, os militantes revoltados procuraram redefinir uma gestão moderna do corpo atingido pela epidemia. Nem quarentena nem isolamento dos soropositivos, nem procura por bodes expiatórios. Mas estabelecimento de uma prevenção razoável com a participação de todos (MOULIN, 2008, p. 35).

Assim, e diante de um cenário internacional conservador quanto ao combate à Aids, diversas comunidades particularmente afetadas (principalmente a de *gays*) começaram a promover campanhas preventivas boca-a-boca, copiadas em outros países, como no Brasil. Ao mesmo tempo, passaram a questionar o conceito biomédico de *grupos de risco* e a realizar suas próprias pesquisas científicas – chamadas pesquisas comunitárias<sup>112</sup>, na busca por novas alternativas de tratamento e prevenção, em um diálogo crítico com os avanços da ciência. Em outros momentos, aclamavam novas descobertas científicas sobre a Aids e reivindicavam ao Estado sua tradução em produtos e iniciativas concretas (BASTOS, 2006, p. 48-49). Nesse sentido, é possível dizer que as ações geradas por biossocialidades em torno da Aids produziram tanto críticas ao biopoder (quando questionaram certas biopolíticas), quanto foram, em outros momentos, instituições que o reforçaram, ao propor novas biopolíticas ou apoiar as já existentes. Por exemplo, as OSCs-Aids exercem o biopoder quando incentivam as PVHAs a aderirem ao tratamento, pois

[...] os portadores realizam não um simples procedimento de saúde, mas assumem uma identidade. Passam a ser os monitorados, ‘o público alvo’, os anormais, os que recebem tratamento e medicamentos gratuitos. São ‘os da ONG’. Os cadastrados nos serviços de saúde, que procedem caracterizando e outorgando o biopoder sobre seus corpos. (FARIAS & DIMENSTEIN, 2008, p. 254).

Dentre as várias biossocialidades geradas em torno da Aids, a mais intrigante talvez seja aquela advinda da experiência do adoecimento em si – ou seja, aquela em torno da bioidentidade PVHA. O enfermo de Aids, ao contrário do restante da sociedade, constrói para

---

<sup>112</sup> Mais sobre isso, ler a seção 3 de nosso artigo COSTA (2013a).

si uma imagem da doença a partir de sua própria experimentação, completamente desconhecida pelos outros (NASCIMENTO, 2005, p. 29). Portanto, a doença é um acontecimento produtor de identidade por excelência. Termos técnicos como *soropositivo* e *soronegativo* tornaram-se identidades sociais ou identidades clínicas por meio das quais as pessoas são associadas, classificadas e culturalmente representadas (VALLE, 2002, p. 191). Eles são hoje empregados e privilegiados por PVHAs para neutralizar os significados negativos de ordem moral que constituíam a identidade e as imagens do *aidético* (VALLE, 2002, p. 191). Atualmente, entretanto, o termo PVHA questiona o uso dessas identidades clínicas (VALLE, 2002, p. 199-200).

Segundo Galvão (2000, p. 80), no Brasil, somente em meados da década de 1980 começam a surgir indivíduos socialmente identificados com uma identidade soropositiva. Criadas as suas OSCs, principalmente na década de 1990<sup>113</sup>, a principal diferença desses grupos com outros não está tanto no tipo de pessoa que participa deles (se soropositiva ou não), mas na composição da diretoria, formada exclusivamente por soropositivos.

Apesar de ter diminuído nos últimos anos, ainda existe uma tensão latente sobre a organização de grupos baseados no *status* sorológico: alguns viram na criação destes grupos uma forma de dividir o 'movimento de aids' [...]; já outros percebem, na associação exclusiva de pessoas soropositivas, a possibilidade de discussões mais contundentes sobre questões como tratamento e assistência. (GALVÃO, 2000, p. 81)

Como vimos anteriormente, a epidemia de Aids surgiu no Brasil em um contexto de redemocratização, marcado por mazelas sociais (frutos da rápida urbanização e do modelo econômico baseado na dívida externa) e pelo que, para alguns autores, foi uma extensa deterioração dos sistemas de saúde (CASTRO & SILVA, 2005, p. 164-165). Diante da fraqueza e inércia das respostas governamentais brasileiras ao HIV/Aids, ao final da década de 1980 já havia mais de 50 OSCs-Aids (organizações da sociedade civil com atividades em HIV/Aids) no país. Elas efetuavam ações de prevenção e educação sobre o HIV, de assistência aos infectados e de ativismo político. Nessa mesma época, outras OSCs abriram uma quarta frente de atuação: a produção e disseminação de conhecimentos, metodologias e formas de abordagem, visando a orientação de políticas públicas e ações de enfrentamento à

---

<sup>113</sup> A GNP+ (Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV) foi criada em 1991 baseada na soropositividade em si mesma como política de identidade (PARKER, 2000, p. 136). Um ano depois foi fundada a ICW (Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS). A novidade desses grupos é que são redes formadas por pessoas, e não por organizações (GALVÃO, 2000, p. 80).

epidemia de maneira mais eficaz, inclusiva e com respeito aos direitos humanos<sup>114</sup> (TERTO JR., 2011, p. 16).

A implementação de políticas públicas voltadas ao HIV/Aids no Brasil deve ser vista como um processo em permanente construção, fruto de tensões entre governo, OSCs, universidades, organizações de classe, PVHAs (pessoas vivendo com HIV/Aids) e agências de cooperação internacional (CASTRO & SILVA, 2005, p. 41). Essa diversidade de atores, oriundos das mais variadas frentes de atuação direta à epidemia, na construção do *know-how* da resposta de enfrentamento à Aids é uma peculiaridade brasileira.

As OSCs constituíram-se em interlocutores e representantes dos interesses dos principais afetados pela epidemia nos espaços oficiais de controle social (CASTRO & SILVA, 2005, p. 61) e no braço direito das SES: “Como as Secretarias de Saúde [as SES] não têm condições de colocar seus profissionais na rua, para desenvolverem ações, este papel fica com as ONGs [...]. Assim, as ONGs complementam o trabalho das Secretarias” (CASTRO & SILVA, 2005, p. 505, colchetes nossos).

No Brasil, as organizações da sociedade civil que se engajaram na luta contra a Aids passaram a se autodenominar de ONGs-Aids. “Entretanto, muitas de suas práticas também se confundem com a modelagem de movimentos sociais [...]. Em síntese, as ONG/aids constroem uma interseção peculiar entre as noções de ONG, movimentos sociais e grupos de ajuda mútua”. (CASTRO & SILVA, 2005, p. 116). Por isso mesmo, neste trabalho optamos por denominá-las OSCs-Aids. Além disso, elas compreendem entidades de perfis bastante variados entre si, em termos de tamanho, atividades desempenhadas, afiliação política e religiosa, modos de estruturação e atuação, dentre outros. Algumas atuam com projetos específicos; outras com assistência, assessoria legal e aconselhamento a soropositivos e familiares. Outras, ainda, lidam com investigações e sistematização de informações (CASTRO & SILVA, 2005, p. 52). Elas incluem desde organizações criadas exclusivamente para a questões da síndrome até organismos de outra natureza, que incorporaram em suas agendas de trabalho atividades relacionadas ao campo da Aids, como Pastorais, ONGs LGBT, etc. (CASTRO & SILVA, 2005, p. 45). Por isso, Jane Galvão (2000, p. 39) constata como é “cada vez mais problemática e limitadora a utilização do termo ‘ONG/AIDS’. Tal designação não dá conta da diversidade de atuação não-governamental frente à epidemia de HIV/AIDS ora em andamento no país”.

---

<sup>114</sup> Exemplo de OSC que atuou e atua nesta quarta frente de ação é a ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Ela aglutina cientistas, intelectuais, ativistas de vários grupos comunitários e autoridades civis e religiosas.

No início dos anos 1980, surgiam dentro da sociedade brasileira movimentos autônomos, alguns herdeiros dos grupos clandestinos de esquerda que atuavam contra a ditadura militar. Suas bandeiras de luta eram diversas, e eles comumente recebiam o apoio de setores médios da sociedade, capacitados em elaboração de projetos, em atuação junto à esfera governamental e em criação de ONGs. Coincidentemente, a Aids acometeu muitos desses ativistas e intelectuais de classe média, que passaram a se mobilizar em OSCs para a questão da Aids (NASCIMENTO, 2005, p. 126-127). Segundo Jane Galvão (2000, p. 38), é possível perceber nos primeiros ativistas da Aids no Brasil o cruzamento de três fontes: universidades, igrejas, partidos e/ou organizações de militância política de esquerda. Ela localiza entre 1982 e 1985 a fundação das primeiras ONGs no Brasil com atividades em HIV/Aids (GALVÃO, 2000, p. 29).

O início da epidemia de Aids no país é marcado por uma atuação ainda tímida da sociedade civil, em parte porque vivíamos a ditadura militar, dando-nos a sensação geral de que nossas ações tinham pouco impacto no processo político e nas políticas públicas (PARKER, 1994, p. 39). Esse clima geral vai se arrefecendo à medida que se percebe mais próxima a possibilidade da redemocratização. Entre 1978 e 1983, quando é configurada, de maneira incipiente, a conscientização e importância da sexualidade nos movimentos sociais, apenas 0,9% das OSCs existentes iniciou atividades em DST/Aids. Destacam-se, nessa época, a atuação do movimento *gay* e de profissionais do sexo. Entre 1984 e 1988, período de intenso surgimento de OSCs-Aids atuantes na luta pelos direitos das PVHAs, pela assistência e pela mobilização social para a pressão política, esse percentual aumentou para 8,3%. Entre 1989 e 1993, passa a ser de 25% (CASTRO & SILVA, 2005). Ao contrário da clandestinidade, estas OSCs buscavam conferir a maior visibilidade possível ao seu trabalho. Nesta época,

Muitas entidades foram fundadas, ou redirecionaram suas atividades para a epidemia, mas com poucas preocupações com o devir. O compromisso com o presente era tão forte, as tragédias pessoais e sociais tão intensas, o desconhecimento médico sobre a nova doença colocava tantas interrogações que essas coisas, entre tantas outras, faziam com que qualquer pensamento que transcendesse o compromisso com um real imediatamente identificado fosse descartado (GALVÃO, 2000, p. 42).

A Aids foi um acontecimento importante para a criação de grupos em torno de uma “identidade *gay*” no Brasil. Ao contrário dos Estados Unidos, onde havia uma uniformidade na subcultura *gay*, aqui tínhamos uma pluralidade de classificações e identidades sexuais, sem que se constituísse um grupo social único e claramente definido. Por exemplo, muitos homens de comportamento bissexual não se viam como homossexuais por transarem com alguém do

mesmo sexo; no Brasil, isso não era/é suficiente para questionar a identidade do gênero masculino<sup>115</sup> (PARKER, 1994, p. 57). Por isso mesmo, enquanto nos Estados Unidos viu-se o rápido desenvolvimento inicial da epidemia mais restrito a este grupo social, no Brasil houve a disseminação rápida para além dele (PARKER, 1994, p. 33-34). “Exatamente por muitos homens que fazem sexo com outros homens e com mulheres não se identificarem como homossexuais ou bissexuais, o impacto das mensagens educacionais sobre a Aids dirigidas a esse público é limitado” (PARKER, 1994, p. 59)<sup>116</sup>. Os homossexuais brasileiros, por sua vez, perceberam a necessidade de união em torno do combate à discriminação de suas práticas e da proteção contra o HIV. É neste momento, principalmente, que se forja no cenário nacional – pelo menos com mais força – uma identidade *gay*, necessária para mobilizá-los à luta.

No Brasil, grupos organizados de homossexuais já haviam tomado iniciativas contra a Aids, através de ações de trabalho comunitário, distribuindo folhetos com informações, ainda em 1983, como o Grupo Outra Coisa (de Ação Homossexualista - extinto em 1984-, em parceria com a SES-SP), o Somos<sup>117</sup> e o Grupo Gay da Bahia (NASCIMENTO, 2005, p. 110; GALVÃO, 2002, p. 79; GALVÃO, 2000, p. 56):

[...] muitas das mudanças mais importantes ocorridas na redução do risco de transmissão do HIV em comunidades *gays* foram, de fato, o resultado de processos de mobilização comunitária que ocorreram dentro da própria comunidade, em vez de resultarem de intervenções de saúde pública ou programas formais de prevenção (PARKER, 2000, p. 94-95)

As primeiras políticas públicas foram sendo modeladas na interlocução entre a SC (sociedade civil) e o governo. Desde 1988 já havia repasse de recursos financeiros governamentais para as OSCs, visando a implementação de projetos definidos pelo MS. Entretanto, as OSCs eram mais mantidas nesta época por cooperação e financiamento internacional – o que provocava uma tensa relação entre elas e o governo:

[...] de um lado, a ação governamental, com hipertrofia do ente federal, concentrando as iniciativas de formulação de políticas e estratégias em relação à epidemia; do outro, as organizações não-governamentais que, gozando de autonomia política e financeira, tendiam a rejeitar qualquer iniciativa governamental” (CARDOSO, 2001, p. 86).

<sup>115</sup> Noções como ser “ativo” ou “passivo” são mais importantes para estruturar o universo sexual na cultura brasileira do que “heterossexualidade” e “homossexualidade”. Elas são compreendidas como papéis distintos dentro do ato sexual que nada têm a ver com masculinidade e feminilidade. Logo, a seleção de um objeto sexual (do sexo oposto ou do mesmo sexo) pode ser menos significativa na construção da subjetividade do que o papel sexual desempenhado (PARKER, 1994, p. 57). Daí a criação da categoria “HSH” (Homens que fazem sexo com homens), como distinta da categoria “Homossexual”.

<sup>116</sup> Cabe destacar aqui o vídeo da campanha *Bráulio*, de 1995, em que o personagem se encontra em um banheiro e faz referência a sexo anal. Esta campanha, apesar de criticada por atribuir um nome de pessoa ao órgão sexual masculino, serviu para atingir tanto os heterossexuais quanto os HSHs sem se identificarem como *gays* (PAZ, 2007, p. 111). Assista aos vídeos da campanha *Bráulio* em: <http://bit.ly/ZrsZyK>. Acesso em 2 nov 2013.

<sup>117</sup> O Somos, já em 1983, estava passando por um processo de desarticulação (GALVÃO, 2000, p. 59).

Segundo Jane Galvão (2000, p. 29-30 e 61), entre 1986 e 1990 há o crescimento do número de OSCs-Aids, bastante antagonistas à (falta de) ação governamental.

[...] essas novas organizações voltadas para a Aids começaram a constituir cada vez mais não apenas os críticos mais importantes da inércia governamental, mas, muitas vezes também, os líderes da educação sobre Aids, na defesa das liberdades civis das pessoas com HIV/AIDS e até na provisão de serviços de assistência e tratamento básico para pacientes (PARKER, 1994, p. 42).

A primeira OSC criada especificamente para o combate à Aids foi o GAPA/SP (Grupo de Apoio à Prevenção de Aids), em 1985<sup>118</sup>. Nesse mesmo ano, ela também criou o primeiro cartaz sobre Aids produzido pela sociedade civil (Anexo 2.4)<sup>119</sup> (GALVÃO, 2000, p. 68). Também em SP, em 1985, a Casa de Apoio Brenda Lee<sup>120</sup> foi a primeira OSC a receber PVHAs sem recursos financeiros para moradia e atendimento. Um ano depois se inaugurou, no Rio de Janeiro, a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids), a primeira entidade brasileira fundada e presidida por um soropositivo assumido (o sociólogo e hemofílico Herbert de Souza, o Betinho) e que se caracteriza por ser uma OSC produtora e disseminadora de conhecimentos sobre o HIV/Aids, dirigida para a definição de ações programáticas e acompanhamento das políticas públicas, única em seu gênero no país, e com uma grande capacidade de articulação no cenário internacional (CASTRO & SILVA, 2005, p. 63 e p. 92). Em 1989, criou-se o primeiro grupo Pela Vidda (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids)<sup>121</sup>, formado principalmente por soropositivos, seus amigos e familiares (GALVÃO, 2000, p. 61).

Importantes iniciativas desta época vieram das associações de hemofílicos, principalmente do RJ e SP. Elas já existiam algumas décadas antes de a Aids surgir no Brasil, mas funcionavam como grupos de autoajuda. Com a contaminação por HIV, esses grupos politizaram suas agendas (PARKER, 1994, p. 47). A Aids só foi realmente encarada como problema de saúde pública no país em 1988, quando, liderados por Betinho<sup>122</sup>, vários

<sup>118</sup> Em 1996, já havia 18 GAPAs em diferentes regiões do Brasil - sendo dois em Minas Gerais, e o primeiro deles fundado ainda em 1987. Apesar de terem o mesmo nome, os GAPAs não formam uma rede formal, nem têm o mesmo conselho, apesar de partilharem princípios comuns e o GAPA-SP, o mais antigo, ter grande influência na decisão final da criação de um novo GAPA (GALVÃO, 2000, p. 67).

<sup>119</sup> Falamos sobre esse cartaz na seção sobre campanhas contra a Aids feitas pela sociedade civil.

<sup>120</sup> Brenda Lee, um travesti, transformou o pensionato “Palácio das Princesas”, misto de pensão e prostíbulo de travestis, em local onde eram inicialmente atendidos apenas soropositivos travestis, mas que passou a receber outros pacientes. Brenda Lee morreu assinada em 1996.

<sup>121</sup> O primeiro Grupo Pela Vidda foi fundado pelo líder ativista contra a Aids, soropositivo e integrante da ABIA, Herbert Daniel. É dele a expressão “morte civil”, para designar a situação das primeiras PVHAs. Assim como os GAPAs, os Pela Vidda são autônomos em relação uns aos outros e têm projetos diferenciados de atuação. Em 1996, eram oito: dois no Paraná, um em São Paulo, um em Goiás, um em Pernambuco, dois no Rio de Janeiro e um no Espírito Santo. (GALVÃO, 2000, p. 75).

<sup>122</sup> Betinho era hemofílico e contraiu, através de transfusão de sangue contaminado, o HIV e o vírus da hepatite C – razão de sua morte, em 1997. Em 1986, fundou a ABIA.

profissionais da saúde e ativistas exigiram a implementação de uma reforma da legislação sobre a doação<sup>123</sup> e os bancos de sangue e a melhoria das práticas laboratoriais, em uma campanha cujo lema era “Salve o sangue do povo brasileiro” (GALVÃO, 2000, p. 219). Isso resultou no controle de qualidade do sangue por meio do exame de HIV<sup>124</sup> (já vigente em SP) em todos os procedimentos de transfusão, na proibição da comercialização de sangue, comum em bancos de sangue privados (já vigente no RJ), e na criação do Programa Nacional de Sangue (BASTOS, 2006, p. 39; CASTRO & SILVA, 2005, p. 74; NASCIMENTO, 2005, p. 100; CARDOSO, 2001, p. 85). Entretanto, as alianças do movimento Aids com os grupos de hemofílicos, apesar de muito importantes para mudar uma política brasileira de sangue, foi de curta duração:

Uma linha separava aqueles que se infectaram pelo sangue (através da transfusão) e os que se infectaram por via sexual, com o desenvolvimento de estratégias de prevenção separadas. Dessa forma, a questão da infecção por sangue [...] não é muito abordada entre as organizações com atividades em HIV/AIDS no país, da mesma forma que, entre os hemofílicos, a questão do sangue se sobrepõe à discussão sobre a infecção do HIV por via sexual ou por uso compartilhado de seringas (GALVÃO, 2000, p. 72-73).

Segundo Jane Galvão (2000, p. 29-30), o período de 1986 a 1990 marcou o início dos apoios de cooperação internacional, através de organizações como fundações e fundos católicos<sup>125</sup>. Nessa época, havia mais atuações individuais e voluntárias que institucionais, com trocas intensas entre as poucas organizações. Entre 1989 e 1990, passou a haver maior mobilização de pessoas com HIV/AIDS: os Pela Vida organizaram, em 1990, o I Encontro Nacional de PVHAs (mais conhecido como Vivendo), no Rio de Janeiro (CARDOSO, 2001, p. 85)<sup>126</sup>.

Também são dessa época os primeiros encontros para criar uma rede brasileira de ONGs-Aids, incentivados, principalmente, pelo fato de a secretaria do ICASO (*International Council of AIDS Service Organizations*)<sup>127</sup>, uma rede internacional de organizações

<sup>123</sup> Antes da reforma na legislação, 70% do sangue coletado e processado no estado do Rio de Janeiro vinham de organizações comerciais privadas, que pagavam os “doadores”. Por isso mesmo, trata-se de um grande desafio criar a cultura da doação de sangue no país (PARKER, 1994, p. 34).

<sup>124</sup> Essa medida foi adotada pelo Ministério da Saúde em maio de 1987. Entretanto, devido à ausência de sanções legais e aparato regulatório oficial, os procedimentos de testagem não eram devidamente cumpridos (PARKER, 1994, p. 41). Por isso mesmo, houve um aumento rápido do mercado negro de bancos de sangue clandestinos, muitas vezes associado ao crime organizado, na passagem da década de 1980 para a de 1990 (PARKER, 1994, p. 91). A Constituição brasileira, de outubro de 1988, baniu tecnicamente a comercialização do sangue e dos hemoderivados (PARKER, 1994, p. 47). Em 1989, uma lei exigiu o registro de todos os doadores de sangue e a obrigatoriedade do teste anti-HIV (PARKER, 1994, p. 90).

<sup>125</sup> Exemplos: Fundação Ford e *Inter American Foundation* (IAF), dos EUA; *Catholic Fund for Overseas Development* (CAFOD), da Inglaterra; *Misereor*, da Alemanha; *Diakonia*, da Suécia. (GALVÃO, 2000, p. 64).

<sup>126</sup> O Encontro Nacional de PVHA foi organizado em parceria com a ABIA até 1995. Hoje, ele ocorre anualmente. (GALVÃO, 2000, p. 75 e 156).

<sup>127</sup> No primeiro encontro internacional de OSCs com serviços em HIV/AIDS, realizado em Montreal, em 1989, foi lançada a ideia da criação de uma rede internacional de organizações comunitárias com trabalhos em HIV/AIDS (GALVÃO, 2000, p.

comunitárias com trabalhos em HIV/Aids) para a América Latina ter ficado, entre 1989 e 1991, na ABIA (GALVÃO, 2000, p. 88). Disso resultou, em 1989, o I Encontro Nacional de ONG/Aids (ENONG)<sup>128</sup>, em Belo Horizonte (MG), do qual participaram aproximadamente 30 pessoas de 14 organizações. No II ENONG, de Porto Alegre, foi aprovada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids (GALVÃO, 2000, p. 91). Esses encontros passaram a se realizar periodicamente, e funcionam hoje como a instância máxima de discussão e deliberação das diretrizes de ação das OSCs-Aids no país. Eles existem também em nível estadual e regional, chamados ERONG (Encontros Regionais) (CASTRO & SILVA, 2005, p. 156-157). Como aponta Jane Galvão (2000, p. 91), os ENONG viram fracassar seu plano original de formar uma rede brasileira de OSCs-Aids por disputas internas por hegemonia, com a classificação de certas OSCs como “políticas”, “assistencialistas”, “grandes” e “pequenas” em lados opostos, mais do que em colaboração. Ademais, o formato do evento foi mudando ao longo dos anos, passando de pautas sobre as políticas nacionais e de uma certa tentativa em definir o perfil das OSCs-Aids, para encontros nos quais há oficinas e mesas-redondas, com envio de trabalhos selecionados, em estrutura parecida às das conferências internacionais de Aids (GALVÃO, 2000, p. 95).

Segundo Galvão (2000, p. 111 e 148), na década de 1980, a atuação das OSCs era baseada mais na ação política e cultural. Na década seguinte, porém, passam a visar a intervenção comportamental focadas em grupos de risco, baseadas em (algumas estritas) noções de saúde pública e em teorias como *health belief model* e *risk reduction model*. Para a autora (2000, p. 29-30), estes foram efeitos provocados, entre 1992 e 1997, de financiamentos internacionais para a Aids, que deixaram de ser de “ajuda humanitária” e passaram a ser, principalmente, fruto de empréstimos. A Aids mostrara que veio para ficar, e as OSCs deixaram de atuar como “bombeiras”, passando a prestar serviços e elaborar projetos específicos, segundo editais de (escasso) financiamento (tanto nacional quanto internacional), nos quais “eficácia” e “impacto” são palavra de ordem (GALVÃO, 2000, p. 106).

---

23). Em 1991, ela foi lançada com o nome de ICASO. Sua sede fica em Toronto, Canadá, e está dividida em secretarias regionais assim: AFRICASO (África), APCASO (Ásia e Pacífico), EUROCASO (Europa), LACCASO (América Latina e Caribe) e NACASO (América do Norte).

<sup>128</sup> Datam de 1989 e 1990 os primeiros encontros internacionais de OSCs-Aids. O primeiro foi o *Opportunities for Solidarity*, que antecedeu a V Conferência Internacional de Aids, em Montreal, de cuja organização participou a ABIA. Ele foi patrocinado pelo PGA, pelos governos de Quebec e Canadá, e pela IAF. Nesse evento, ganhou força a ideia da criação de redes de OSCs-Aids pelo mundo – resultando na ICASO e no I ENONG, no Brasil. O segundo encontro internacional, “Políticas de Solidariedade”, ocorreu em Paris. Sobre o I ENONG, sua comissão organizadora foi composta pela ABIA, ARCA/ISER, GAPA/RJ e GAPA/BH. Não houve patrocinadores ou cartazes de divulgação, e falou-se bastante sobre os tipos de atividades desenvolvidas pelas ONGs e sobre a conferência de Montreal. (GALVÃO, 2000, p. 85 – 86 e 89).

Antes de 1992, o programa nacional mantinha convênios esporádicos com a sociedade civil na implementação do Projeto Previna, iniciado em 1989 e destinado a certas populações em maior risco, como homossexuais e profissionais do sexo. Entretanto, não havia um funcionário designado apenas para ser articulador do programa com a SC – cargo criado só em 1992. E, apesar da participação de ativistas como consultores na montagem do Programa Nacional, eles não eram vistos como representantes de um movimento organizado e “existia quase uma recusa do governo ao diálogo formal com o movimento organizado de luta no combate à Aids” (CASTRO & SILVA, 2005, p. 117). A mudança de 1992 veio quando o MS financiou parte do V ENONG e se fez representar no evento. Naquele ENONG, inaugurou-se a prática de se utilizar os Encontros para se eleger os representantes das OSCs para os espaços formais de interlocução com o Programa Nacional e a Comissão Nacional de Aids.

Na década de 1990, cresceu, também, a atuação junto ao Poder Legislativo, resultando em leis mais protetivas à população em geral (como a que proíbe a comercialização do sangue e institui a responsabilização da União e dos estados pela contaminação sanguínea via transfusão ou utilização de hemoderivados) e às PVHAs, como a que dispõe sobre a distribuição gratuita do exame ao HIV e dos antirretrovirais aos soropositivos (no. 9.313/96) (GALVÃO, 2002, p. 82), a que inclui a Aids no conjunto de doenças a serem tratadas e cobertas obrigatoriamente pelos planos de saúde privados e empresas de medicina de grupo (TERTO JR., 2011, p. 16-17), as que concedem aos trabalhadores soropositivos o direito ao levantamento do FGTS (fundo de garantia por tempo de serviço) para tratamento de saúde, a reintegração do trabalhador demitido por discriminação em razão de soropositividade, dentre outras<sup>129</sup> (CASTRO & SILVA, 2005, p. 142).

Esta época marcou, igualmente, a morte de antigas lideranças, propiciando o surgimento de uma nova geração de ativistas. De 1992 a 1997, percebe-se disposição da sociedade civil para trabalhar cooperativamente com o Estado, diferentemente do forte antagonismo da década anterior<sup>130</sup> (CASTRO & SILVA, 2005, p. 123-125). As atividades vão desde convênios para implementação de ações, participação em diversos comitês, prestação de consultorias para o Programa Nacional de Aids, até a integração ao seu *staff*, inclusive com ocupação de cargos de chefia. A atuação das OSCs cresceu em qualidade, estabelecendo parcerias também com agências internacionais, instituições de pesquisa científica e empresas (estatais e privadas).

---

<sup>129</sup> Acesse alguns dos direitos trabalhistas das PVHAs em: <http://bit.ly/1bgxdgX>. Acesso em 04 dez 2013.

<sup>130</sup> Por exemplo, em 1998, são 24 casas de apoio recebendo financiamento do programa (GALVÃO, 2000, p. 29-30).

Esta nova fase do ativismo, também caracterizada por um forte aumento na quantidade de OSCs-Aids<sup>131</sup>, deveu-se, principalmente: ao *impeachment* do presidente Collor; à popularização do movimento “não-governamental” (sobretudo devido ao movimento ecológico em 1992); ao crescimento da epidemia entre mulheres, recém-nascidos, profissionais do sexo e travestis<sup>132</sup>; à “pauperização” da epidemia e ao sucateamento da rede pública de saúde, aumentando as respostas religiosas<sup>133</sup>; e, por fim, à reestruturação do Programa Nacional de Aids, com o primeiro empréstimo do Banco Mundial, em 1994. Através desse empréstimo, o governo passou a apoiar mais técnica e financeiramente projetos de OSCs, selecionados mediante concorrência. Segundo Galvão (2000, p. 46), “os poderes públicos intervêm para coordenar e controlar as diferentes iniciativas”.

Entretanto, “se por um lado o crescimento do número de entidades [na década de 1990] contribui para a multiplicidade das iniciativas, por outro, também pode ser visto como uma fragmentação, fonte de concorrência, conflitos por questões de visibilidade, representatividade e reconhecimento oficial” (GALVÃO, 2000, p. 101, colchetes nossos). Na década de 1990, essas OSCs passaram a enfrentar forte crise de identidade: uma nova era da Aids implicava-lhes reestruturar seus papéis e missões, principalmente como atuantes na formulação de políticas públicas. Era-lhes exigida uma maior profissionalização para atuarem de forma mais contundente, com a organização do trabalho em projetos cada vez mais técnicos. As instituições financiadoras, dentro do contexto neoliberal, passaram a cobrar resultados de curto prazo e atividades autossustentáveis, provocando uma reestruturação nas OSCs, agora mais marcadas pelo trabalho profissional em lugar do voluntário, através de equipes menores e mais qualificadas (CARDOSO, 2001, p. 88).

Além disso, as OSCs-Aids passaram a enfrentar também uma crise financeira, impactadas pelo Plano Real e pela burocratização e escassez do financiamento internacional (GALVÃO, 2000, p. 131). “O retraimento das fontes internacionais de financiamento levou muitas ONGs à extinção, enquanto outras encontravam nas parcerias governamentais uma forma de manter suas atividades”, resultando em “acomodação, burocratização, intensificação

---

<sup>131</sup> Segundo Galvão (2000, p. 142-143), análise feita das OSCs presentes nos três catálogos de ONGs editados pelo Programa Nacional de Aids entre 1994 e 1996 aponta que mais de 60% foram criadas entre 1991 e 1996 e mais de 50% das 140 entidades presentes nas três edições do catálogo trabalhavam em outro campo que não somente o da Aids. A quantidade de OSCs-Aids saltou de 120 para 480 após os quatro anos de implementação do Aids-I (GALVÃO, 2000, p. 143).

<sup>132</sup> A epidemia de Aids foi importante para a criação dos primeiros grupos de travestis, a maioria em meados da década de 1990 (GALVÃO, 2000, p. 104).

<sup>133</sup> Sobretudo da Igreja Católica, seguindo a vocação que Dom Paulo Evaristo Arns denominou de “resposta samaritana”, através de casas de apoio e atendimento domiciliar. A atuação da Igreja Católica no curso da epidemia nacional de Aids é cheia de faces: em alguns momentos foi conservadora, mas em outros foi mais liberal. Isso se deve ao fato de ela ser uma instituição também multifacetada, formada por alas com diferentes concepções – principalmente em um país tão grande como o nosso (PARKER, 1994, p. 47).

do assistencialismo” (CARDOSO, 2001, p. 88). Disso resulta que “a efetividade das ações governamentais está diretamente atrelada ao movimento sustentável e organizado da sociedade civil, o que conseqüentemente direciona as políticas públicas de saúde” (CASTRO & SILVA, 2005, p. 127).

Os empréstimos do Banco Mundial acabaram por promover, segundo Galvão (2000, p. 160), uma “ditadura de projetos” e um “mercado da Aids” para OSCs. Muitas delas “constituíram-se mais como executores de projetos de intervenção do que mobilizadoras de respostas para a Aids” (NASCIMENTO, 2005, p. 110).

Com o aumento do número de casos de Aids e o advento do AZT como tratamento, as OSCs-Aids passaram a centrar não apenas em prevenção, mas nas necessidades das pessoas com Aids. *Nós não somos somente o problema, mas parte da solução* é o slogan das PVHAs na ordem do dia mundial (GALVÃO, 2000, p. 76). Em 1995, foi criada no Brasil a RNP+ (Rede Nacional de PVHA)<sup>134</sup>, constituída de uma associação de pessoas soropositivas, e não de organizações, embora a maioria de seus membros esteja vinculada a alguma OSC. Dentre seus princípios básicos, estão a viabilização de ações contra a discriminação, a garantia da participação de soropositivos nas instâncias de decisão governamentais e no cotidiano das OSCs, e a capacitação das PVHAs para o exercício de seus direitos (CASTRO & SILVA, 2005, p. 153). Valle (2002, p. 205-207) salienta que essa rede foi formada, também, por uma disputa identitária de pessoas soropositivas dentro de OSCs-Aids, que reivindicavam o fato de pessoas soronegativas estarem ocupando posições de maior poder dentro dessas organizações (como funcionários e membros da diretoria) e, portanto, “lucrando às custas da Aids e das pessoas infectadas”.

Em 1996 foram criados (inicialmente em São Paulo) os Fóruns de ONG-Aids, que respondem à necessidade de se articular coletivamente a ação política a nível nacional em relação à Aids - o que não seria possível na ação isolada de uma OSC. Os fóruns existem em nível estadual, e os encontros contam com o apoio das coordenações estaduais de DST/Aids (CASTRO & SILVA, 2005, p. 154).

O reconhecimento do Fórum vai além da luta contra a aids, pois atua ativamente junto a outros movimentos sociais, como o Fórum de Patologias e o Fórum de ONG (iniciativa da ABONG). Ocupa assento nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Dentre seus parceiros, além dos Programas em DST e Aids nas esferas

---

<sup>134</sup> Em 1996, no Rio de Janeiro, durante o Encontro Nacional de PVHA, a RNP+ fez sua primeira reunião nacional (GALVÃO, 2000, p. 105).

Municipal, Estadual e Federal, também há o Poder Executivo, o Poder Legislativo e o Ministério Público (CASTRO & SILVA, 2005, p. 155).

Entre 1999 e 2003 (períodos de empréstimos do BM) aumentou 30,9% o número de OSCs dispostas a trabalhar com a questão da Aids<sup>135</sup> (CASTRO & SILVA, 2005). Em 2003, a maioria delas concentrava-se no eixo São Paulo-Rio de Janeiro (43,4%), atuando mais na esfera municipal (56,4%), seguida da esfera estadual (45,4%), da regional (39,3%) e da nacional (30,8%) (CASTRO & SILVA, 2005). Elas realizavam, principalmente, atividades de prevenção às DSTs-Aids (27,2%) e de assistência às PVHAs (23,8%), havendo poucas que trabalhassem com usuários de drogas, em parte pela redução do número de infectados nesta população e pela resistência do governo em apoiar projetos de OSCs nessa área que extrapolassem a prevenção e o atendimento visando a “recuperação”. Ironicamente, no Brasil é impossível separar o rápido aumento da infecção por HIV entre os usuários de drogas dos impactos negativos, mesmo que não intencionais e imprevistos, das políticas externas bélicas e de combate às drogas, levadas a cabo pelos Estados Unidos, principalmente (PARKER, 1994, p. 36).

A questão da aids estimulou a discussão sobre as drogas e as políticas de redução de danos, mas são temas que requerem enfrentamento próprio. Da mesma forma que os usuários, os redutores também não têm lugar na sociedade. E prevenir aids é um tipo de enfrentamento que não necessariamente se confunde com a luta para que os usuários de drogas tenham direitos cidadãos, não sejam criminalizados (CASTRO & SILVA, 2005, p. 136).

A década de 2000 e o início da década de 2010, por sua vez, viram um agravamento da situação dos anos anteriores. Diminui-se mais ainda, para o Brasil, o já insuficiente financiamento internacional<sup>136</sup> e, conseqüentemente, a autonomia das OSCs em relação ao governo brasileiro. Muitas delas têm sobrevivido através dos editais governamentais. Em 2003, o MS era o principal financiador das ações desenvolvidas por 78% das OSCs-Aids no país (CASTRO & SILVA, 2005, p. 117). Nos últimos 10 anos, foram investidos aproximadamente R\$230 milhões dos cofres públicos nessas OSCs (BRASIL, 2012, p. 12). “No entanto, essas parcerias que contaram, fundamentalmente, com apoio financeiro, não excluindo o apoio logístico e político, vêm tensionando e questionando o princípio da autonomia e da identidade dos movimentos sociais e de organizações da sociedade civil

---

<sup>135</sup> Segundo Galvão (2002, p. 99), em catálogo do Governo federal, de 1997, afirma-se que ele apoiou 500 projetos de OSCs-Aids com o repasse de U\$ 18 milhões. Outro catálogo aponta que, entre 1998 e 1999, foram assinados 350 termos de cooperação técnica com OSCs e, para 2000, o número era de 615 projetos. Vale destacar que uma OSC pode ter mais de um projeto/termo de cooperação com o governo. Em outubro de 2001, haveria 404 instituições desenvolvendo projetos com o Governo federal.

<sup>136</sup> Mas houve aumento de financiamento internacional para o Fundo Global entre 2001 e 2010: de \$1,8 bilhões para \$16 bilhões, a maior quantia dedicada ao combate de uma única doença em toda a história (ONU, 2011, item 13).

organizada” (CASTRO & SILVA, 2005, p.168). Ademais, a descentralização das ações e políticas do nível federal para os níveis locais<sup>137</sup> prejudicou as OSCs cujas regiões não consideram a Aids uma prioridade, levando muitas delas ao fechamento. Em 2012, o Fórum de ONG-Aids de MG, criado em 2001, denunciou em uma carta pública<sup>138</sup> (colchetes nossos) a situação financeira preocupante das OSCs-Aids do estado:

Um triste exemplo claro dessa situação está sendo vivido pelo GAPA-MG, Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS. Com 25 anos de existência, a instituição se encontra em vias de encerrar suas atividades por dificuldade de sustentabilidade. [...] O GAPA-MG foi a primeira ONG AIDS de Minas Gerais [*de 1987*] e a segunda do Brasil.

Em 2013, houve a saída temporária do movimento Aids da CNAIDS (Comissão Nacional de Aids, existente há 25 anos) e da CAMS (Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais, existente há 10 anos) por desentendimentos com o Ministério da Saúde a respeito das decisões da pasta que, ao seu ver, pouco levavam em conta as opiniões da sociedade civil. No entanto, o movimento Aids permaneceu no CNS (Conselho Nacional de Saúde) e na CIADAIDS (Comissão Intersetorial de Acompanhamento da Política de AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose) do CNS.

Outra denúncia das OSC-Aids é de que a doença, ao contrário do que o governo informa em seus boletins epidemiológicos, não está controlada, pois admitir aproximadamente 39 mil novas infecções e 12 mil novas mortes por Aids todos os anos é comparável a “uma situação de guerra”, nas palavras do George Gouvea, da OSC-Aids Grupo Pela Vidda<sup>139</sup>.

Também se enfrenta atualmente um paradoxo dentro do movimento social: como as causas da epidemia mostraram-se muito diversas, as respostas de cunho local provaram-se mais efetivas. Daí que movimentos sociais de eixos mais mundiais - como meio ambiente, saúde e direitos reprodutivos – deixaram de surgir em resposta à Aids. Para Parker (2000), talvez o caráter mais global da luta social contra a Aids seja futuramente forjado em torno do acesso ao tratamento. No momento, ainda apresenta marcas essencialmente localistas:

Os tipos de inter-relações que parecem unir ambientalistas em Bagoc e em Boston [...], e defensores dos direitos reprodutivos em Lima e Londres, não conseguiram concretizar-se no caso do HIV/Aids, a despeito (embora alguns possam dizer “por causa”) de todos os esforços conjuntos que têm sido feitos para estimular tal interação (PARKER, 2000, p. 137).

<sup>137</sup> Trata-se da Portaria no. 2.313, de 19 de dezembro de 2002, sobre a qual tratamos em outra parte deste trabalho.

<sup>138</sup> Documento disponível em: <http://bit.ly/1ePKbSz>. Acesso em 15 fev 2013.

<sup>139</sup> Em entrevista cedida ao *site* de notícias da UOL, em 08/06/2012. Disponível em: <http://bit.ly/189Xiii>. Acesso em 04 dez 2013. Comparativamente, a Aids mata anualmente no Brasil a mesma quantidade de pessoas vitimadas na primeira década da Guerra do Afeganistão.

Atualmente, a incidência política em DST/HIV/Aids pode ser promovida em alguns espaços considerados centrais para este fim, a saber: os conselhos gestores<sup>140</sup>, as frentes parlamentares<sup>141</sup>, o Ministério Público<sup>142</sup>, os Programas de DST/Aids<sup>143</sup> e os Planos de Ações e Metas (PAM) (BRITO & PEDROSA, 2011, p. 27-32). O movimento social também conta com um fórum específico para discutir as decisões estabelecidas pelo Encontro de Alto Nível sobre HIV/AIDS da Assembleia Geral das Nações Unidas, o Forum UNGASS<sup>144</sup>. Mas, para Silva<sup>145</sup> (apud BRITO & PEDROSA, 2011, p. 23), há um maior investimento do movimento Aids no controle social das políticas públicas do que em mobilização social para ampliar o apoio da sociedade, reivindicar do Estado e exigir direitos.

<sup>140</sup> Os conselhos gestores são espaços públicos de debate de temas específicos, como a definição de políticas públicas, promovendo a aproximação do cidadão à gestão da coisa pública (BRITO & PEDROSA, 2011, p. 27). Este é um aspecto que preconiza a participação social na construção e efetivação do SUS. Existem conselhos e conferências de saúde, junto aos quais pode-se fomentar a formação de comissões de Aids, como a Comissão de Acompanhamento das ações em DST/AIDS do Conselho Nacional de Saúde. A Lei no. 8.142/1990 define que o SUS conte em cada esfera de governo com as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, sem prejuízo das funções do Legislativo (BRITO & PEDROSA, 2011, p. 29). A participação da sociedade civil contra a Aids no Brasil tende a ser mais efetiva em comissões e conselhos regionais de saúde e de direitos humanos (LACCASO, 2012, p. 20). No entanto, está ameaçada pela sua falta de conhecimento sobre este mecanismo.

<sup>141</sup> As frentes parlamentares estão regulamentadas pelo ato 69/05 da Mesa Diretora e existem para aprimorar a legislação referente a um tema específico, diagnosticando problemas, propondo emendas ou projetos de lei, promovendo debates com representantes dos vários Ministérios ou Secretarias sobre ações e orçamentos, acompanhando e fiscalizando políticas governamentais (PEREIRA, 2011, p. 94). São formadas por um grupo de membros dos poderes legislativos federal, estaduais e municipais, unificados por um interesse comum, independente do partido político a que pertençam. Desde 2000, incentivada pela UNESCO, tem-se a Frente Parlamentar Nacional em DST/Aids (BRITO & PEDROSA, 2011, p. 29; CASTRO & SILVA, 2005, p. 531).

<sup>142</sup> O Ministério Público (MP) atua em defesa dos interesses coletivos da sociedade e na observância do cumprimento pelos poderes públicos dos direitos assegurados na Constituição. Ele é composto pelos MP Federal, Estaduais, do Distrito Federal, do Trabalho e Militar. Trata-se de um aliado na implementação do SUS, precipuamente através das Promotorias de Saúde Pública, a quem o ativismo em Aids recorre bastante quando há nas unidades dispensadoras desabastecimento de antirretrovirais e de medicamentos para tratamento de doenças oportunistas, e quando não há a utilização dos recursos destinados ao PAM (BRITO & PEDROSA, 2011, p. 31).

<sup>143</sup> No nível federal, temos a CAMS e a CNAIDS. Em 2000, Jane Galvão criticou a atuação da CNAIDS: “Mesmo reconhecida como uma instância importante de participação, pouco se sabe sobre o que acontece na CNAIDS, pois os mecanismos de divulgação sobre o que é discutido, ou decidido nas reuniões realizadas em Brasília, são bastante precários” (GALVÃO, 2000, p. 133).

<sup>144</sup> A UNGASS-Aids ocorreu um ano após a Declaração das Metas do Milênio (são oito), entre as quais a de combate à epidemia de HIV/aids e outras doenças. Ela é um marco para o enfrentamento da epidemia em todo o mundo, pois foi a primeira vez que a Assembleia Geral da ONU reuniu-se para discutir um tema de saúde. Do encontro, produziu-se a Declaração de Compromisso da UNGASS, assinada pelos países membros da ONU. Uma das tarefas prioritárias do GT-UNAIDS no Brasil é monitorar o cumprimento das ações estabelecidas nesse documento. O UNAIDS recomenda aos países a inclusão da sociedade civil na elaboração dos relatórios bianuais sobre o cumprimento dos objetivos. No Brasil, sempre houve essa inclusão até 2010 – situação que não se repetiu em 2012, fazendo com que as OSCs elaborassem seu próprio relatório aparte e o enviassem ao UNAIDS. Os objetivos da UNGASS-Aids estão na agenda das OSCs-Aids desde 2003, apoiadas para tanto pelo UNAIDS e pelo governo brasileiro (LACCASO, 2012, p. 15). O convite à participação da SC na elaboração dos informes do país normalmente ocorre durante reunião da CNAIDS, recomendando-lhes que elejam seus representantes. Estes buscam retroalimentar o restante da SC com as informações sobre o relatório através de mensagens eletrônicas. No entanto, isso não necessariamente tem gerado um debate mais profundo no seio das OSCs, em parte por falta de recursos humanos (LACCASO, 2012, p. 30). Os Foruns UNGASS são citados pelas SC como importantes espaços de capacitação para que elas monitorem satisfatoriamente a resposta brasileiras às metas estabelecidas pela UNGASSS-Aids (LACCASO, 2012, p. 32).

<sup>145</sup> SILVA, Carmen. Existe um movimento Aids? In: ROCHA, S.; HOLANDA, V. (org.). Articulando o ativismo em Aids no Nordeste. Recife; Fortaleza: SOS Corpo; Grupo de Resistência Asa Branca-GRAB, 2006, p. 28-39.

#### 4 DISCURSOS SOBRE A AIDS: O CASO DE MINAS GERAIS

Esta dissertação traz a comparação entre os discursos das campanhas de mobilização à Aids feitas pelo Ministério da Saúde (MS), a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e a OSC-Aids Grupo Vhiver e os discursos de soropositivos, que acabam por revelar aquilo que consideramos como bioidentidades: modos de identificação no contexto de uma biossocialidade específica, que neste caso é a comunidade de soropositivos. Para isso, recorreremos a duas séries de análises: o material de campanha e as entrevistas individuais em profundidade. Nosso intuito é conhecer quais os sentidos sobre o HIV/Aids, a saúde e a sexualidade circulam em Minas Gerais, além de buscar entender, discursivamente, as resistências às campanhas. Compreender os sentidos atribuídos pelo público-alvo a elas corresponde a um trabalho mais profundo do que os testes de *recall*, comumente empregados pelos seus elaboradores na tentativa de medir o seu sucesso. “O fato de o entrevistado se lembrar de um anúncio, por exemplo, nada diz sobre mudanças ou não de comportamento em relação à saúde” (ALVES, 2013, p. 89).

Queremos ressaltar que esta pesquisa não é uma crítica desqualificadora do trabalho que vem sendo feito pelos elaboradores das campanhas aqui analisadas. Pelo contrário, nosso objetivo é somar esforços e sermos uma pequena contribuição nesta tarefa, cheia de desafios e de relevância social. De sorte que não estamos afirmando com esta pesquisa que as campanhas analisadas não funcionam para informar e convocar os indivíduos a se prevenirem ao HIV/Aids. Nossa questão centra-se, antes, em compreender em que medida, apesar dos esforços, ainda há dissonâncias de sentido entre o que se pretendia dizer e o que foi entendido pelo “público-alvo”. Isso porque uma das características da linguagem é o equívoco, entendido como a possibilidade de o sentido ser sempre outro<sup>146</sup> (ORLANDI, 2005). Além disso, vimos que há extrema heterogeneidade no campo do HIV/Aids – cheio de disputas de sentidos e discursos, a despeito da centralidade assumida pelas campanhas federais.

Em última instância, o que está em jogo, pelo que vimos nos capítulos anteriores, é o fato de que, além das determinantes sociais, a Aids é, antes, objeto de discursos vários, que tentam se apropriar da síndrome, das doenças dela decorrentes, do status social das PVHAs - que também, por outro lado, constroem sentidos (de vida e de morte, de saúde e doença, de esperança e medo, de corpo e desejo) em resposta ou por antecipação àqueles discursos

---

<sup>146</sup> Portanto, “equívoco”, para a Análise de Discurso, não tem o mesmo significado negativo atribuído à palavra em seu uso habitual na língua portuguesa.

institucionalizados. Não se trata tanto de uma “guerra de interpretações”, mas sim a busca pela palavra final e derradeira, pelo sentido hegemônico, por crenças e convicções, por estratégias e vivências.

Nesse caso, identificamos um grande silenciamento na maior parte das campanhas: os soropositivos - não como objetos de discurso, mas como sujeitos dos seus próprios discursos. Dito mais tecnicamente, falta-nos disposição à escuta destes indivíduos da sociedade, não esperando ouvir o que eles deveriam dizer, mas sim como eles constroem a deriva do sentido, que vem agir exatamente onde falham as ideologias institucionais. Ora, se elas falham - porque a falha é inerente à ideologia (PÊCHEUX, 1997a), à injunção institucionalizada dos sentidos -, é porque a verdade do sujeito deve se revelar na sua deriva. O sentido que determinou o fracasso da campanha e sua possibilidade de reformulação pode estar naquilo que não fora ouvido.

Nesta pesquisa, não incorporamos uma preocupação – importante, aliás - com o déficit de letramento em saúde no Brasil, pois entendemos que apenas ele, isoladamente, não explica as dissonâncias entre aquilo que se pretende divulgar e informar nas campanhas de saúde e aquilo que efetivamente se compreende delas. Nossa questão não se resume a que os sujeitos “não saibam ler” ou “leem e não compreendem”, mas, sim, de que “leem em outras posições” que não aquelas a partir das quais as campanhas foram elaboradas.

Na primeira fase, analisamos discursivamente materiais de comunicação elaborados pelo MS, pela SES-MG e pelo Grupo Vhiver, a fim de descobrir o que essas instituições proferem para as PVHAs. Em um segundo momento, é a vez de analisarmos os discursos de soropositivos para, assim, através da comparação, encontrar as dissonâncias existentes entre um e outro.

A metodologia de escuta e análise tem por base a teoria franco-brasileira dos discursos, que se constituiu a partir de derivações de Eni Orlandi (2005) sobre o trabalho do grupo de pesquisadores constituído nos anos 1970 por Michel Pêcheux (1997a). A AD (análise de discurso) busca compreender, a partir de uma materialidade dada (texto, imagem, gesto, falas), sentidos, formações imaginárias (o jogo de antecipação dos interlocutores), formações discursivas (ou relações de sentido) e formações ideológicas (ou relações de poder). E compreende que as relações de sentido são equívocas, móveis e sempre em processo histórico, embora esta “movência” procure ser contida pelas instituições.

Movimentos dos sentidos, errância dos sujeitos, lugares provisórios de conjunção e dispersão, de unidade e de diversidade, de indistinção, de incerteza, de trajetões, de ancoragem e de vestígios: isto é discurso, isto é o ritual da palavra. Mesmo o das que não se dizem. De um lado, é na movência, na provisoriedade que os sujeitos e os sentidos se estabelecem, de outro, eles se estabilizam, se cristalizam, permanecem. Paralelamente, se, de um lado, há imprevisibilidade na relação dos sujeitos com o os sentido, da linguagem com o mundo, toda formação social, no entanto, tem formas de controle da interpretação, que são historicamente determinadas (ORLANDI, 2005, 10).

Os debates que há três décadas vêm se realizando sobre a Aids são um ótimo lugar de observação dos discursos sobre os sujeitos, sobre o poder, sobre o corpo, a saúde e a doença. Não só porque apontam o lugar de interpretação de cada agente social envolvido no debate, como também mostram os deslocamentos constantes que um mesmo agente (por exemplo, OSCs) fazem ao longo da história. Partimos do pressuposto de que tanto os sujeitos indivíduos quanto os sujeitos institucionais estão atravessados por formações discursivas (ORLANDI, 2005, p. 42), ou seja, matrizes de interpretação, relações de sentido, e se posicionam dentro de relações de força, ou formações ideológicas (ORLANDI, 2005, p. 78). Tanto instituições quanto indivíduos, ao ocuparem estas posições - provisórias, sujeitas aos processos históricos, marcadas por incompletude, deslocamentos e rupturas -, produzem, reproduzem e deslocam sentidos, igualmente. Porém, a interpretação, embora equívoca, não é livre, pois há uma política do sentido, que deve ser considerada.

(...) há modos de se interpretar, não é todo mundo que pode interpretar de acordo com sua vontade, há especialistas, há um corpo social a quem se delegam poderes de interpretar (logo de “atribuir” sentidos), tais como o juiz, o professor, o advogado, o padre etc. O sentidos são sempre “administrados”, não estão soltos (ORLANDI, 2005, p. 10).

A questão, no entanto, é que esta “política do dizer” encontra resistências, produz contradiscursos, contraidentificações. Se os lugares de leitura, tanto quanto de autoria, são determinados pelas formações discursivas onde se posicionam os sujeitos, ainda mais levando em consideração a heterogeneidade desses posicionamentos, torna-se pressuposto que a interpretação das campanhas de saúde ou das políticas de saúde não se dá exatamente como o previsto pelos discursos oficiais ou institucionalizados. Ora, fundamental se faz, portanto, um acompanhamento persistente dos movimentos de sentido nos debates sobre a Aids, operados por instituições e governos, mas também do que nos parece ser uma lacuna: os modos de interpretação daquilo que Orlandi já chamou de “falas desorganizadas do cotidiano” (ORLANDI, 2004).

O projeto original desta dissertação visava contrastar os discursos de soropositivos com aqueles presentes apenas em campanhas feitas por OSCs-Aids de todo o Brasil.

Entretanto, tal trabalho demandaria mais tempo e recursos materiais, haja vista a grande extensão do território brasileiro e suas diferenças culturais. Ademais, tão logo iniciamos a coleta dessas campanhas, percebemos a dificuldade em encontrá-las. Por isso, e como sugestão da banca de qualificação, decidimos trabalhar apenas com campanhas de OSCs-Aids do nosso estado, Minas Gerais.

Adotamos nesta dissertação a definição de organização da sociedade civil (OSC) empregada pelo próprio Programa Nacional de DST/Aids: “[...] são grupos, redes, fóruns, ONGs e movimentos sociais que atuam em diversas áreas, inclusive no combate à epidemia de aids, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis” (DDAHV, 2013). Apesar de OSCs de diferentes perfis atuarem na luta contra a Aids (como ONGs LGBT, Pastorais, ONG pelos Direitos Humanos etc.), escolhemos trabalhar com aquelas que foram fundadas tendo o HIV/Aids como foco principal, norteador de todas as suas atividades.

Mesmo restringindo-nos a Minas Gerais, continuamos enfrentando dificuldades em nosso garimpo de campanhas. É preciso salientar que, antes de tudo, não há um cadastro atualizado das OSCs-Aids de Minas Gerais – e atrevemos a dizer, do Brasil inteiro. Ao consultarmos o *site* do Programa Nacional de DST/Aids<sup>147</sup> no início de 2012, percebemos que os dados sobre as poucas OSCs-Aids citadas (15 no total, incluídas organizações que não trabalham apenas com o HIV/Aids) estavam desatualizados: na tentativa de entrar em contato com algumas delas, muitas já não existiam mais; outras sequer continuavam trabalhando com atividades relacionadas ao HIV/Aids. No próprio *site*, havia um pedido para que as OSCs-Aids atualizassem suas informações. A alternativa encontrada foi, então, pedir aos diretores das OSCs-Aids com os quais conseguimos contato a lista das OSCs que eles próprios utilizavam para se comunicarem entre si. Chegamos a uma lista disponibilizada pela ONG Libertos Comunicação<sup>148</sup>, igualmente desatualizada. Portanto, nesta dissertação não podemos precisar quantas são as OSCs-Aids de Minas Gerais, e nem quais delas têm foco principal em HIV/Aids.

Recorremos à 14ª. Edição do guia *HIV & AIDS Services Worldwide*<sup>149</sup> (2012) para uma lista atualizada de OSCs-Aids em Minas Gerais com destaque internacional. Este guia é uma das listagens mais completas de serviços relacionados com o HIV (testes, serviços de

---

<sup>147</sup> [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

<sup>148</sup> Lista disponível em: <http://bit.ly/1iOoozw>. Acesso em 12 abr 2012.

<sup>149</sup> Outras OSCs-Aids citadas nesta edição do guia foram: do estado de São Paulo, Dínamo; GIV; Esperança e Vida; Gapa-BR/SP e Grupo Pela Vidá; do estado do Rio de Janeiro, ABIA; Sociedade Viva Cazuza e Grupo Pela Vidá (de Niterói e do Rio de Janeiro).

prevenção, aconselhamento, cuidados paliativos, apoio e defesa etc.) em todo o mundo, detalhando mais de 2400 agências principais em 189 países. Nele, encontramos três OSCs-Aids mineiras: Grupo Vhiver; Gapa-MG e Projeto AMMOR. Esta última não realiza campanhas, apesar de manter um relacionamento estreito com a mídia mineira através de assessoria de imprensa. Não conseguimos contatar o Gapa-MG: os telefones fornecidos não funcionavam, o *site* está fora do ar e não obtivemos resposta ao nosso e-mail. Soubemos, através de uma carta do Forum de ONGs-Aids de Minas Gerais, que esta OSC-Aids encontrava-se, pelo menos desde 2011, em situação financeira desconfortável, sob risco de ser fechada. Mesmo sem conseguir contatá-la oficialmente, empreendemos uma busca por possíveis campanhas realizadas por ela em vários bancos (os quais detalharemos melhor mais a frente), mas não encontramos nenhum material. O Grupo Vhiver foi a única OSC-Aids mineira encontrada que realiza campanhas, fruto do trabalho voluntário de publicitários da agência Filadélfia e do espaço cedido por alguns *media* mineiros.

O Grupo Vhiver, de Belo Horizonte, surgiu em 1992 com o intuito de criar um espaço de convivência e troca de experiências entre pessoas que vivem e convivem com o HIV/Aids. Com o passar do tempo, ampliou-se o leque de atuação e, hoje, oferece amparo a seus usuários e combate os malefícios do vírus nos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Por meio de seus projetos e ações, a instituição visa proporcionar qualidade de vida aos soropositivos e dar-lhes novas possibilidades de inserção social. São realizados aproximadamente 11 mil atendimentos por mês, a PVHAs e a seus familiares e amigos. O Grupo Vhiver é considerada umas das mais importantes OSCs-Aids do Brasil, reconhecida internacionalmente por organizações como UNICEF e UNAIDS. Desde 2003, é citada no catálogo *HIV & Aids Services Worldwide*, na lista de entidades-chave para o combate à epidemia de Aids no Brasil<sup>150</sup>.

Mesmo sem conseguir contatar todas as OSCs-Aids das listagens obtidas devido à sua desatualização, buscamos por eventuais campanhas de mobilização social à Aids realizadas por elas através de visitas a algumas dessas organizações, busca em seus *sites* e redes sociais na Internet, participação em congressos sobre Aids, consultas exaustivas ao *Google Images*<sup>151</sup>, consulta a agências de publicidade, além do uso de bancos de campanhas, como o Banco de IEC<sup>152</sup> (que, infelizmente, não funcionou para visualização e nem *download* das peças ao

---

<sup>150</sup> Informações obtidas através do Grupo Vhiver. Seu *site* é: [www.vhiver.org.br](http://www.vhiver.org.br).

<sup>151</sup> <http://www.google.com/imghp>

<sup>152</sup> O Banco de IEC está disponível para consulta na Internet em: <http://www.aids.org.br/bancodeiec>. Ele é mantido por uma OSC-Aids do estado do Rio de Janeiro, o Grupo Pela Vidda. Este banco disponibiliza para *download* materiais de

longo de toda nossa pesquisa), o banco da Universidade de Rochester<sup>153</sup>, dos Estados Unidos, e o da Biblioteca Virtual em Saúde<sup>154</sup>, do Ministério da Saúde.

Estes mesmos meios foram utilizados para encontrar as campanhas do Ministério da Saúde (mais fáceis de serem obtidas, já que disponibilizadas no *site* do Programa Nacional de DST/Aids) e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Vale destacar que não obtivemos resposta a nenhuma de nossas solicitações oficiais à SES-MG, contatada através de e-mail, telefone e carta.

As dificuldades encontradas para o levantamento deste material de campanha também estão sendo vivenciadas por outros colegas<sup>155</sup> com investigações similares. Elas devem ser compartilhadas e valorizadas, na medida em que consomem tempo e empenho para a obtenção de algo antes nunca explorado, cujos resultados inéditos valem o esforço. É como abrir caminho na mata densa: não é tarefa fácil ou rápida, mas é necessária para se conhecer territórios novos e possibilitar que outras pessoas por eles caminhem também.

As entrevistas com os soropositivos foram individuais e presenciais (apenas estiveram presentes pesquisadora e entrevistado). Entrevistaram-se quatro indivíduos (um homem transexual, um homem heterossexual, um homem homossexual e uma mulher heterossexual), todos brasileiros, entre 40 e 50 anos de idade, sabidamente soropositivos ao HIV, com autonomia plena, frequentadores de uma mesma OSC-Aids de Juiz de Fora (MG) e que se dispuseram a participar da pesquisa. Como a Análise de Discurso é bastante pormenorizada, e como encontramos formações discursivas que se repetiam, considerou-se suficiente a análise de quatro entrevistas.

Encontrar esses depoentes tampouco foi tarefa simples. Acuados pelo preconceito, muitos deles preferem não revelar seu status sorológico. Por isso, preferimos buscá-los em OSCs-Aids. Visitando as oito OSCs-Aids de Juiz de Fora constantes na listagem do Ministério da Saúde, descobrimos que apenas duas trabalhavam diretamente com PVHAs. Entrevistamos soropositivos de apenas uma delas – aquela com cuja diretoria nosso diálogo

---

informação, educação e comunicação sobre prevenção às DST/HIV/Aids, produzidos por organizações da sociedade civil e programas governamentais de todo o Brasil. O Banco de IEC contou, para sua implantação, com a parceria e o financiamento do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo e a colaboração de OSCs-Aids com o envio do material de suas campanhas. O Banco de IEC é de fácil acesso e pode ser consultado segundo o tipo de material (cartaz, filme, CD etc.), o público-alvo (PVHAs, crianças e adolescentes, homossexuais etc.) e até a OSC. Todos os materiais trazem informações e contatos dos autores.

<sup>153</sup> A coleção de pôsteres educacionais para a Aids pode ser acessada em: <http://aep.lib.rochester.edu/>. Há mais de 6200 deles, de mais de 100 países em mais de 60 línguas, confeccionados desde 1982 até o presente.

<sup>154</sup> <http://bvsm.sau.gov.br/php/index.php>

<sup>155</sup> Desafios similares aos nossos também estão sendo enfrentados pela pesquisadora Adriana Kelly Santos, do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação da Fiocruz-RJ, quem se dedica à investigação de materiais educacionais para o HIV/Aids. Para tanto, ela está tentando realizar um levantamento nacional, junto a várias organizações, dos materiais por elas produzidos, a fim de também constituir um banco. Em conversa recente (em outubro de 2013), Adriana declarou também estar tendo dificuldade em obter respostas, principalmente das organizações de Minas Gerais.

deu-se mais facilmente. Demorou um mês entre a conversa com a diretoria – na qual explicamos os objetivos de nossa pesquisa – e o contato com os primeiros entrevistados. Fomos convidados a participar de uma reunião mensal da OSC com alguns soropositivos atendidos pela instituição, na qual tivemos a oportunidade de convidá-los a participar da pesquisa. Dos 30 soropositivos convidados, quatro mostraram-se dispostos a serem entrevistados. Contudo, as entrevistas não aconteceram imediatamente: foi preciso conciliar agendas, remarcar horários porque o entrevistado se esqueceu do compromisso, lidar com os humores (às vezes a entrevista era remarcada porque alguns se encontravam mais deprimidos e, logo, menos dispostos a falar naquele dia), etc. Buscamos deixá-los o mais confortável possível. Todas as entrevistas ocorreram entre julho e agosto de 2012, na sede da OSC-Aids, e duraram, em média, uma hora.

O áudio das entrevistas foi gravado e transcrito a texto com o consentimento prévio do entrevistado. Garantiu-se total sigilo e anonimato ao participante, através da assinatura de um documento por ambas as partes. O objeto de pesquisa e análise da AD não são os indivíduos entrevistados, mas os discursos da sociedade que os atravessam, presentes em suas narrativas, a partir das posições-sujeitos ocupadas por eles. Por serem entrevistas discursivas, não foi necessário trazer para este texto a identidade dos entrevistados soropositivos ou quaisquer dados sociodemográficos sobre eles.

Os depoentes foram convidados a contarem suas histórias de vida à pesquisadora. Optou-se como temática de entrevista a história/trajetória de vida da pessoa por considerá-la mais amena do que uma conversa sobre a doença Aids em si. A história de vida desses indivíduos não é o interesse da pesquisa, mas antes uma estratégia da pesquisa qualitativa para chegar ao objetivo principal em relação ao objeto principal: identificar os discursos da sociedade brasileira sobre o HIV e a Aids que atravessam os próprios discursos sobre si dos soropositivos. As entrevistas não obedeceram a perguntas prévias ou a questionários pré-estabelecidos. Foram, antes, como uma conversa informal entre duas pessoas sobre a vida em geral, em que a pesquisadora esteve disposta mais a ouvir o entrevistado. Tendo sido convidado a falar sobre sua vida, o soropositivo decidiu por qual questão ou episódio quis começar a contar sua história, deixando-se levar por sua memória e pelo que gostaria de revelar – uma estratégia de aproximação da pesquisadora ao entrevistado, para deixá-lo mais confortável. Coube à pesquisadora, através de questionamentos, direcionar a conversa àquilo que é seu objeto de pesquisa. Ficou a cargo do entrevistado decidir quando a entrevista deveria terminar.

Do ponto de vista discursivo, temos consciência de que a formulação de sentido por um entrevistado estará atravessada, necessariamente, pelas projeções imaginárias deles com relação à pesquisadora, mas também da pesquisadora com relação ao entrevistado. Por isso, necessariamente o resultado é, antes, uma co-construção discursiva, conforme conceituada por Guilhaumou (2007).

A Resolução do CNS (Conselho Nacional de Saúde) 196/96 considera que toda pesquisa envolvendo seres humanos tem algum risco. Por isso, submetemos o projeto da pesquisa ao crivo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJF. Ele foi aprovado em 27 de novembro de 2012 (Anexo 1).

#### 4.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS CAMPANHAS

Conseguimos coletar mais de 70 peças (entre cartazes, *jingles*, *spots*, filmes para TV etc.) de mais de 30 campanhas feitas entre 2009 e 2013 pelo Grupo Vhiver, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e pelo Ministério da Saúde. Para uma análise discursiva mais detalhada, selecionamos aquelas peças que, a nosso ver, traziam discursos variados – eliminando da análise, portanto, peças cujos discursos repetiam-se em outras. Como resultado, trazemos a análise discursiva de 29 peças de 21 campanhas. Todas elas estão disponíveis para melhor visualização no CD anexo a esta dissertação e no *site* <http://bit.ly/1g2YIKW>.

##### 4.1.1 Campanhas do Grupo Vhiver

###### 4.1.1.1 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2009

O anúncio abaixo, feito para ser veiculado em revistas, mostra, em um fundo branco, uma folha igualmente branca. Nela, em letras garrafais pretas, em negrito e com maior destaque, lê-se “ESTE/ ANÚNCIO É/ PRECONCEITUOSO.” (as barras aqui demonstram a passagem para outra linha). Segue-se o texto: “Não olha, não olha, não olha. Droga, olhou./ Agora vou ter que disfarçar. Fingir que não vi./ Em vez de ler as matérias,/ em vez de olhar as fotos em volta, não./ Você foi interagir comigo./ O pior é ter que fingir que eu acho normal./ Estampar esse sorriso amarelo, como se nada/ estivesse acontecendo./ Minha vontade era

dizer: cai fora, não quero contato com você./ Ah, se eu pudesse virar a página sozinho./ Eu sei que você não vai passar nenhuma doença/ só de me encostar o dedo para virar a folha./ Mesmo que ele esteja molhado de saliva./ Mas sei lá. Você já passou essa mão em tantas/ outras páginas. De qualquer forma, eu nunca diria isso na sua frente./ Preconceito pega mal./ Ainda mais com essa onda politicamente correta.”. No canto inferior do anúncio, os dizeres “É assim que os soropositivos se sentem. Ajude o Grupo Vhiver a lutar contra o preconceito. Ligue 31.3786.0888 ou 3785.0272 e faça sua doação”, seguidos da logomarca do Grupo Vhiver, com o endereço do seu *site* abaixo dela.



Esta campanha tem como estratégia comunicativa a simulação da interação entre o anúncio preconceituoso, cuja voz é representada pelo texto, e um leitor soropositivo, a fim de pregar contra a discriminação a PVHAs. Vamos enquadrá-la em uma Formação Discursiva “x” (FDx), na qual estamos considerando os discursos pelo fim do preconceito a PVHAs.

O Grupo Vhiver coloca-se, portanto, como uma instituição que luta contra o preconceito a soropositivos (“Ajude o Grupo Vhiver a lutar contra o preconceito”). Como veremos em suas outras campanhas, a PVHA é, para o Grupo Vhiver, vítima diariamente da discriminação da sociedade. Por isso mesmo, nunca é ela o público leitor imaginado para suas campanhas, mas sim o restante da população. Nesta peça, a instituição não concebe este leitor como uma pessoa preconceituosa, mas como alguém capaz de lutar contra o estigma, ao fazer uma doação à OSC (“Ajude o Grupo Vhiver a lutar contra o preconceito. Ligue 31.3786.0888 ou 3785.0272 e faça sua doação”).

Três passagens chamam-nos especial atenção. A primeira delas é “O pior é ter que fingir que eu acho normal”. Esta expressão sugere que, sob o ponto de vista de um

preconceituoso, ter Aids não é algo normal, reiterando nossas discussões, feitas no terceiro capítulo, sobre a fragilidade da fronteira entre os conceitos de normal e anormal na sociedade contemporânea. Esse tipo de discurso discriminatório tem sua origem no discurso biomédico, cuja norma é prevenir-se para se manter saudável – relegando ao campo do anormal e do patológico, portanto, as pessoas que se deixaram infectar pelo HIV. Entretanto, como vimos, outros discursos, vindos principalmente da sociedade civil organizada, buscaram contestar essa visão, em prol do discurso da solidariedade, concebendo como anormais não as PVHAs, mas quem as discrimina. Há, portanto, novas normas em jogo, não biomédicas, mas sociais, que regulam o convívio entre as pessoas e, também, os dizeres, como é possível notar na passagem “De qualquer forma, eu nunca diria isso na sua frente./ Preconceito pega mal./ Ainda mais com essa onda politicamente correta”.

A terceira passagem a que queremos dar destaque é: “Eu sei que você não vai passar nenhuma doença/ só de me encostar o dedo para virar a folha./ Mesmo que ele esteja molhado de saliva./ Mas sei lá. Você já passou essa mão em tantas/ outras páginas.”. Ela mostra que as pessoas, apesar de bem informadas cientificamente sobre as formas de contágio (através de campanhas, inclusive), ainda associam a contaminação à quantidade de parceiros sexuais – informação muito propagada em campanhas do governo brasileiro e na imprensa durante a década de 1980 e início da de 1990.

#### 4.1.1.2 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2010



A peça acima apresenta, em *close* e fundo escuro, a parte superior de um braço masculino tatuado. A tatuagem tem formato de coração, rodeado por rosas, e, no centro, uma

faixa onde se lê, em letras garrafais, “Não sou mais sua/ mãe”. No canto inferior da peça, escrito em letras garrafais brancas, “O preconceito marca para a vida toda. Ajude o Grupo Vhiver a apoiar os soropositivos.” Abaixo, em letras brancas, “1º. de dezembro. Dia Mundial de luta contra a Aids. Faça sua doação. (31) 32718310 . [vhiver.org.br](http://vhiver.org.br)”. Ao lado direito desses dizeres, a logomarca do Grupo Vhiver.



A segunda peça acima apresenta, em *close* e fundo escuro, a parte superior das costas, possivelmente de uma mulher. Tatuados perto da clavícula, os dizeres “Nos/ Meus Filhos/ você não encosta.”, sendo que a expressão “Meus Filhos” está em letra maior, com mais destaque, acompanhada de três estrelas coloridas. O canto inferior da imagem leva os mesmos dizeres e logotipo da peça anteriormente descrita.

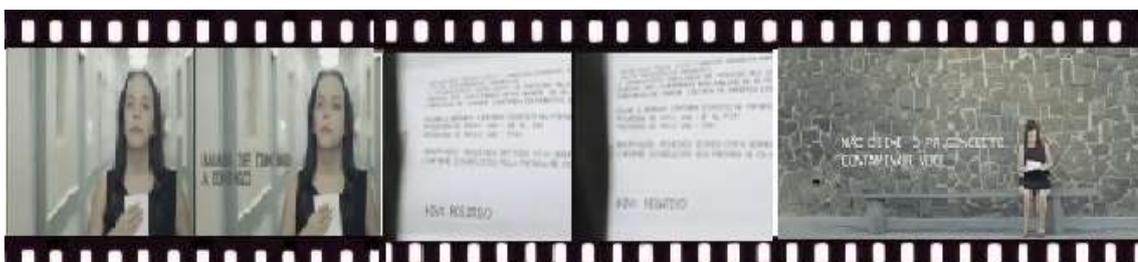


Na terceira peça acima, em fundo negro, a palavra “preconceito” forma um arame farpado. No centro, há um buraco nessa tela de arame e, dentro dele, no canto superior direito, lê-se: “O soropositivo precisa vencer muitos obstáculos. Tomara que você não seja um deles”. Ao pé da página, “Ajude o Grupo Vhiver a apoiar os soropositivos. Faça sua doação: (31) 3372 8310. 1º. de dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a Aids”. Ao lado, o logotipo do Grupo Vhiver.

As três peças desta campanha também se filiam à Formação Discursiva “x” (FDx), na qual estamos considerando os discursos pelo fim do preconceito a PVHAs. Em todas elas, o Grupo Vhiver coloca-se como uma instituição que apoia PVHAs (“Ajude o Grupo Vhiver a apoiar os soropositivos.”). Veremos essa mesma posição-sujeito institucional presente nas campanhas seguintes, inclusive com esses mesmos dizeres. O soropositivo é tido como alguém rejeitado pela própria mãe (“Não sou mais sua mãe”), pela mãe/pai de outras pessoas (“Nos Meus Filhos você não encosta”) e que enfrenta muitos obstáculos devido ao preconceito (“O soropositivo precisa vencer muitos obstáculos. Tomara que você não seja um deles”). Nas duas primeiras peças, o leitor imaginado é alguém capaz de apoiar os soropositivos, ao fazer uma doação (“Ajude o Grupo Vhiver a apoiar os soropositivos./ 1º. de dezembro. Dia Mundial de luta contra a Aids. Faça sua doação.”). Na terceira peça, entretanto, a passagem “O soropositivo precisa vencer muitos obstáculos. Tomara que você não seja um deles” comporta pelo menos duas leituras distintas: 1) o leitor pode ser um soropositivo ou 2) capaz de ter preconceito e de, assim, ser um obstáculo aos soropositivos. Mas, mesmo no caso da segunda leitura, predomina a visão de que leitor pode reverter esse preconceito, apoiando as PVHAs através de uma doação ao Grupo Vhiver (“Ajude o Grupo Vhiver a apoiar os soropositivos. Faça sua doação”).

#### 4.1.1.3 Campanha “Dois lados”, de 2011

Analisaremos a peça para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Dois lados”<sup>156</sup>. Segundo seus idealizadores, tinha-se como intenções obter doações para o Grupo Vhiver, que passava por dificuldades financeiras, e lutar contra o preconceito aos soropositivos.



A maior parte do filme é feita dividindo-se a tela em duas, nas quais se passam as mesmas imagens, mas nas quais aparecem, rapidamente, dizeres em letras garrafais cinzas,

<sup>156</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/stLsO14QcE8>. Acesso em 08 jan 2013.

cujos sentidos são opostos. O áudio é uma canção lenta, triste, em língua inglesa, cantada por um homem e tocada em piano. Surge uma jovem, entre 25 e 30 anos, vestida de camisa preta e saia branca, caminhando ao longo de um corredor branco que dá para um pátio. Parece ser uma unidade de saúde. Na tela esquerda, aparecem os dizeres: “Linda família”. Na tela direita, “Fugiu de casa”. A jovem continua caminhando e sobe uma rampa. *Close* em seus olhos. Na tela esquerda, aparecem os dizeres: “Aluna exemplar”. Na tela direita, “Expulsa da faculdade”. A jovem senta-se em uma sala de espera, onde é possível ver uma secretária ao telefone. Ela se levanta e caminha em direção à secretária, quem lhe entrega um envelope branco. A jovem sai da sala e volta a caminhar por um corredor branco, fechado, segurando o envelope ao peito. Na tela esquerda, aparecem os dizeres: “Visita a avó todo domingo”. Na tela direita, “Balada de domingo a domingo”. A jovem aparece do lado de fora do prédio e senta-se em um banco cinza perto de um paredão de rochas. *Close* em suas mãos abrindo o envelope. *Close* em seu rosto. *Close* novamente no papel do envelope, que agora se revela ser o resultado de um teste ao HIV. Na tela esquerda aparece no papel os escritos “HIV positivo”, enquanto na da direita consta “HIV negativo”. A tela, antes dividida em duas, passa a ser uma só. Mostra-se a jovem sentada no banco, olhando o resultado do exame, com a cabeça abaixada. Aparecem na tela os dizeres, em letras garrafais brancas: “Não deixe o preconceito contaminar você”. Esses dizeres somem e dão lugar a outros: “Ajude o Grupo Vhiver a apoiar os soropositivos”. Esses dizeres desaparecem e surge na tela a logomarca desta OSC, com os escritos “Ligue para doar”, e o número do telefone.

Esta campanha também é atravessada majoritariamente pela Formação Discursiva “x” (FDx), na qual estamos considerando os discursos pelo fim do preconceito a PVHAs. É essa FD que opera o jogo de sentidos, que estabelece as matrizes de significação pelas quais se interpreta o lugar do soropositivo e do soronegativo na sociedade.

O leitor imaginado pelos idealizadores desta campanha é, como na terceira peça da campanha do Dia Mundial de 2010, visto como alguém capaz de sentir preconceito (“Não deixe o preconceito contaminar você”), mas que pode mudar isso através de uma doação à OSC (“Ajude o Grupo Vhiver a apoiar os soropositivos. Ligue para doar”). O soropositivo é, novamente, visto como vítima de preconceito. Mas, nesta campanha, inaugura-se um novo discurso sobre ele: ele é mostrado como alguém cujo comportamento é socialmente desejável. Ao colocar uma soropositiva como alguém que tem “Linda família”, é “aluna exemplar” e “visita a avó de domingo a domingo” e uma soronegativa como alguém que “fugiu de casa”, foi “expulsa da faculdade” e vai a “balada de domingo a domingo”, a campanha desconstrói

discursos outros da sociedade segundo os quais as PVHAs teriam se contaminado por terem comportamento socialmente reprovável ou por não serem “boas moças”. Esses discursos outros estiveram muitas vezes presentes nas próprias campanhas do Ministério da Saúde no início da epidemia de Aids.

Orlandi (2005) explica que o jogo dos discursos estabelece-se sob dois extremos, em um movimento que vai da repetição (ou paráfrase) ao deslocamento e mesmo à ruptura (polissemia).

Quando pensamos discursivamente a linguagem é difícil traçar limites estritos entre o mesmo e o diferente. Daí considerarmos que todo o funcionamento da linguagem se assenta na tensão entre processos parafrásticos e processos polissêmicos. Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória. A paráfrase representa assim o retorno aos mesmo espaço do dizer. Produzem diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado. A paráfrase está do lado da estabilização. Ao passo que, na polissemia, o que temos é o deslocamento, ruptura de processo de significação. Ela joga com o equívoco (ORLANDI, 2005, p. 36).

Então, a campanha acima inscreveu-se em uma filiação de sentido que produz deslocamentos em tensão ao senso comum, reafirmado pelas campanhas governamentais. Portanto, ela foi polissêmica.

#### 4.1.1.4 Campanha “Diferenças”, de 2011

Analisaremos um *spot* para rádio, disponível no CD como arquivo intitulado “Diferenças”<sup>157</sup>. Nele, alternam-se as vozes de dois narradores jovens, primeiramente de uma mulher e depois de um rapaz (as barras indicam a mudança de narrador): “Eu adoro fazer amigos”./ “Ah, eu sou mais eu”./ “Eu visito minha vó todo domingo”./ “Ah, eu vou pra balada de domingo a domingo”./ “Eu não uso droga”./ “Eu uso sim. Quem nunca usou, né?”./ “Eu tenho parceiro fixo”./ “Eu acho que, quanto mais, melhor”./ “Eu uso preservativo”./ “Sexo com camisinha é que nem chupar bala com papel!”./ “Eu tenho Aids”./ “Eu tenho nojo dessa gente”. Surge uma trilha sonora em piano. Um terceiro narrador diz “A Aids não muda as pessoas. O preconceito, sim. Ajude o Grupo Viver a apoiar os soropositivos. Ligue 3786 9808 e faça sua doação”.

Esta peça tem discursos e formatos muito parecidos ao da campanha “Dois lados”: o soropositivo é, novamente, visto como vítima de preconceito e como alguém cujo

<sup>157</sup> Disponível também em: <http://bit.ly/1gKwruk>. Acesso em 08 jan 2013.

comportamento é socialmente desejável; o Grupo Vhiver coloca-se, mais uma vez, como uma instituição que ajuda PVHAs, e o leitor imaginado é, novamente, alguém que pode apoiar as PVHAs, através de uma doação à entidade. Ambas as campanhas filiam-se predominantemente à Formação Discursiva “x” (FDx), estabelecendo como o grande vilão da Aids não o vírus, mas o preconceito: a campanha “Dois lados” dizia “Não deixe o preconceito contaminar você”; esta campanha afirma “A Aids não muda as pessoas. O preconceito, sim”. De certa forma, esta última afirmação encontra eco nos discursos dos soropositivos entrevistados por nós, como veremos mais adiante.

Entretanto, ao colocar a pessoa soropositiva como alguém que usa camisinha, esta campanha reforça essa medida biopolítica de prevenção. Vamos encontrá-la, então, como filiada à Formação Discursiva ‘y’ (FDy), na qual estamos considerando os discursos biomédicos sobre a prevenção. Esta foi a única vez em que identificamos, ainda que sutilmente, a FDy nos discursos do Grupo Vhiver.

Há, também, outro deslocamento em relação à campanha “Dois lados”: esse *spot* contraria o discurso biomédico dos grupos de risco, presentes nas campanhas de Ministério da Saúde no início da epidemia, ao representar uma mulher com Aids como alguém que não usa droga e tem parceiro fixo, enquanto o homem soronegativo (ou de status sorológico não testado) é usuário de droga e “promíscuo” (“Eu acho que, quanto mais, melhor”).

#### 4.1.1.5 Campanha “Invisíveis”, de 2012

Analisaremos a peça para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Cabine de Foto”<sup>158</sup>.



O filme inicia com uma trilha sonora instrumental alegre e tranquila, como toques ao violão. Mostra-se a imagem de uma garota jovem, de uns 25 anos de idade, à frente de uma cabine de fotos onde se lê “fotos grátis”, localizada em um *shopping center*. Ela deixa seus

<sup>158</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/M5RmeHQfxpc>. Acesso em 08 jan 2013

pertences junto a um corrimão e parece dizer para alguém, não enquadrado, que tomasse conta deles. Ela caminha em direção à cabine, cuja cortina é aberta por outra jovem, que estava lá dentro. Parecem ser amigas. Corte para *close* da cortina sendo fechada. Corte para uma arte gráfica em azul, com uma tarja escrita “Fotos grátis”. A câmera move-se para baixo dessa arte gráfica, e aparece uma bola azul com os dizeres “Tire sua foto aqui e revele na hora”. Novo corte, dessa vez para a imagem de um grupo de meninas dentro da cabine, que sorriem e ajeitam o cabelo. Corte para um trio de jovens amigos posando para a foto. Eles se abraçam e fazem, com os dedos, o gesto de vitória. Corte para um novo trio de jovens amigos posando para fotos. Dessa vez, uma mulher está no meio, sendo beijada nas bochechas por dois jovens. Novo corte para a imagem de duas jovens amigas, que, ao posar para a foto, se aproximam e sorriem. Novo corte para um jovem adulto, que leva a expressão séria e os braços cruzados à frente do corpo, como se posasse para uma foto 3x4 utilizável em documentos oficiais. Novo corte para duas amigas jovens, que estão próximas e fazem “biquinho” para a câmera, como se estivessem mandando um beijo. Novo corte para um grupo de quatro mulheres jovens, sorridentes. Corte para a imagem do lado de fora da cabine. Em *close*, o lugar por onde saem as fotos impressas. Uma foto acaba de ficar pronta e duas mãos se aproximam para recolhê-las. Novo corte para a imagem externa da cabine. Dessa vez, percebemos 3 jovens posicionados, de costas para à câmera, junto ao lugar de onde saem as fotos impressas. Novo corte para duas jovens, que veem juntas a foto, atentas. Novo corte para uma jovem, que vê, sorridente, a foto. Novo corte para imagens de pessoas vendo suas fotos, enquanto sobe na tela a imagem gráfica do que todas elas realmente levavam impresso: tratava-se de 6 fotos da cabine vermelha, mas sem ninguém nelas. Abaixo, um quadro azul no qual se lê: “INVISÍVEIS/ É assim que/ os soropositivos/ se sentem todos/ os dias.” Do lado direito desse quadro, os dizeres “O Grupo Vhiver ajuda/ os portadores de HIV a lutar/ contra a discriminação./ Ajude também./ Ligue 32718310”. Abaixo disso, a logomarca do Grupo Vhiver. Essa arte some da tela e mostram-se as imagens das reações das pessoas ao terminarem de ler a mensagem da foto. É possível entender, pela leitura dos lábios, o que algumas delas dizem. Uma jovem sorri um sorriso amarelo. Corte para a reação de três amigas. Uma delas diz “Que dó, gente...”. Corte para outras duas amigas. Uma delas diz “Ah, que legal isso”. Corte para duas amigas. Uma diz “Muito legal essa foto”. Corte para um trio de amigos. A jovem diz “Nossa...” e leva a mão à boca para esconder um sorriso amarelo. Corte para quatro amigas. Uma delas levanta a sobrancelha. Corte para três amigos, que parecem ainda estar lendo a mensagem. Corte para outras duas amigas, e uma diz “É”, concordando com a cabeça. Corte para um trio de amigos, em que um diz “legal”. Corte para

a imagem de dentro da cabine, da cortina vermelha, em cujo centro está a logomarca do Grupo Vhiver.

Esta campanha também é atravessada predominantemente pela Formação Discursiva “x” (FDx). O Grupo Vhiver coloca-se como uma instituição que ajuda PVHAs a lutar contra a discriminação (“O Grupo Vhiver ajuda os portadores de HIV a lutar contra a discriminação”). O leitor é, novamente, visto como alguém que pode apoiar as PVHAs através do Grupo Vhiver, mas, desta vez, não há menção a doações – o que representa um pequeno deslocamento de sentido em relação às campanhas anteriores (“Ajude também/ Ligue 32718310”). O soropositivo é visto como alguém que se sente invisível cotidianamente, por causa da discriminação social (“INVISÍVEIS/ É assim que/ os soropositivos/ se sentem todos/ os dias.”). Reafirma-se, portanto, no discurso do Grupo Vhiver uma outra forma de sentido pré-construído de viés preconceituoso: nas outras campanhas, ele se dava ativamente por meio de gestos e palavras; aqui, mesmo sem eles, a discriminação ainda ocorre quando ignoramos a existência mesma do soropositivo e de suas necessidades.

#### 4.1.1.6 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2012

Analisaremos a peça para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Expulso”<sup>159</sup>.



A campanha inicia-se com uma mulher branca, entre 55 e 60 anos de idade, sentada em um sofá da sala de casa. *Close* em seu rosto, enquanto ela diz: “Eu sentia os vizinhos me olhando.” O enquadramento da câmera abre-se um pouco. Ela diz “ ‘Olha lá! Lá vai a diabética!’ ”. Corte seco para um jovem adulto branco, entre 25 e 30 anos de idade, sentado frente a uma mesa de trabalho, dentro do quarto de uma casa. Ele diz: “Quando meu chefe descobriu, ele me chamou na sala dele e perguntou ‘Você tem alergia?’ ”. Corte seco para outro jovem adulto branco, de olhos azuis, entre 25 e 30 anos de idade, enquadrado em *close*

<sup>159</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/tG-86INTCNQ>. Acesso em 08 jan 2013

num ambiente que se parece a um parque ou praça. Ele diz: “Meu pai ficou revoltado. ‘Câncer? Fora da minha casa! Eu não criei filho pra isso!’”. Corte seco para uma jovem adulta branca, entre 25 e 30 anos de idade, sentada à mesa de uma cozinha, enquadrada em *close*. Ela diz: “Eu falei com a minha amiga ‘Deu positivo... a hipertensão’ ”. Corte para outro enquadramento em *close*, no qual a jovem coloca as mãos no rosto, em gesto de desespero. Corte para novo enquadramento em *close*. Ela diz: “Você precisava ver a cara dela”. Corte seco para a primeira mulher, enquadramento em *close*. Ela diz: “Eu nunca pensei que eu fosse ter diabetes”. Corte seco para o primeiro jovem, enquadramento em *close*. Ele diz: “ ‘Eu não tenho nada contra alergia. Eu gosto do seu trabalho... mas é que... não pega bem pra empresa, né?’ ”. Corte seco para o segundo jovem, enquadramento em *close*. Ele diz: “Minha mãe não fala mais comigo”. Corte seco para enquadramento do seu rosto, momento em que o jovem fica em silêncio, cabisbaixo. Novo corte seco para o enquadramento de antes. O jovem diz: “Meu irmão me despreza”. Corte seco para a moça, que agora segura uma caneca nas mãos. Ela diz: “Aí o pessoal foi se afastando, né?”. Ela olha triste para baixo, para a caneca, e complementa: “Todo mundo”. Corte seco para o primeiro jovem, enquadrado em *close*. Ele diz: “Terceira demissão seguida... É difícil arrumar emprego, viu?”. Enquanto ele fala isso, aparecem na tela, sobre seu rosto, os dizeres em branco e letras garrafais: “E se todo mundo tratasse os outros doentes como trata os soropositivos?”. Corte seco para o segundo jovem, enquadrado em *close*. Os dizeres na tela permanecem. O garoto diz: “Câncer, cara. Onde eu vou morar?”. Os dizeres na tela somem. Corte seco para a primeira mulher, enquadrada em *close*. Ela diz: “A gente sente o preconceito na pele”. Corte seco para a jovem, cujo rosto é enquadrado em *close*. Ela está com as mãos ao rosto, em gesto de desespero. Aparecem novos dizeres na tela: “Ajude a gente a apoiar quem tem Aids”. Ela diz: “Até a minha melhor amiga...” A tela escurece e aparece, em branco, a logomarca do Grupo Vhiver, com o número de telefone e os dizeres: “Doe pela sua conta da Cemig”. Como áudio, a continuação da frase anterior da jovem: “Eu só queria que ela estivesse do meu lado”.

Esta campanha argumenta que ter Aids não é o mesmo que ter diabetes, alergia, câncer, hipertensão ou outra doença. E não o é apenas por uma questão biológica e de seus efeitos no organismo, mas porque a Aids fomenta estigmas e preconceitos das mais diversas ordens, vindos inclusive dos amigos e da família. Novamente, a FDx opera os sentidos dominantes na campanha.

Observamos que o fato de identificar uma FD já nos leva de antemão a também identificar uma outra FD concorrente, no mínimo. O dito contra um preconceito, mesmo que

não citado, é a própria reafirmação de que ele existe em algum lugar do interdiscurso - definido na AD como o conjunto de discursos de uma época ou sociedade. Outras FDs aparecem também neste não-dito da linguagem. Se a ênfase é o comportamento social entre soropositivos e soronegativos, é porque as campanhas acima estão numa relação de tensão com discursos que reduzem a questão aos riscos biomédicos e ao estatuto biomédico do indivíduo na sociedade (como doente/não doente, por exemplo). Em cada momento, percebemos que a FDx operante nas campanhas está em processo de diálogo com uma ou outra destas FDs. Aparece, também no espaço de enunciação, um jogo de antecipações ou rebatimentos com interlocutores institucionais. Percebe-se que, por vezes, é ao discurso dos governos que ela se dirige; em outras, aos do senso comum; outras, ainda, às instituições médicas; e, muitas vezes, a todos estes sujeitos do discurso, ao mesmo tempo.

Nesta campanha, o soropositivo é visto como alguém discriminado pelos vizinhos, rejeitado pela família, excluído do seio das amizades e com dificuldade de manter o emprego, por conta do preconceito. Percebemos com o *slogan* (“E se todo mundo tratasse os outros doentes como trata os soropositivos?”) que os soropositivos são igualados aos doentes de Aids. Na concepção biomédica, há uma diferença entre um e outro: soropositivo é quem tem o vírus HIV, sem necessariamente ter a doença Aids. Reitera-se, mais uma vez, a fragilidade da fronteira entre os conceitos de normal e patológico na sociedade contemporânea, discutida no terceiro capítulo.

O leitor imaginado é, pela primeira vez nas campanhas do Grupo Vhiver aqui analisadas, alguém necessariamente preconceituoso às PVHAs, porque todo mundo o é (“E se todo mundo tratasse os outros doentes como trata os soropositivos?”), mas ele pode mudar isso ao fazer uma doação à OSC – pela primeira vez, explicitamente em dinheiro (“Ajude a gente a apoiar quem tem Aids/ Doe pela sua conta da Cemig”).

## **4.1.2 Campanhas do Ministério da Saúde**

### *4.1.2.1 Carnaval de 2009*

Segundo informações do Ministério da Saúde<sup>160</sup>, o público prioritário da campanha foi a população feminina com mais de 50 anos. Dados epidemiológicos apontavam que a

<sup>160</sup>Disponível em: <http://bit.ly/1e4W48m>. Acesso em 08 jan 2013.

incidência de Aids praticamente havia dobrado nessa população em dez anos (de 7,3 em 1996 para 14,5 em 2006). Incentivá-las a negociar com o parceiro o uso do preservativo foi um dos objetivos, já que a maioria delas era tida como tendo pouco poder de decisão quanto à camisinha. Buscava-se fortalecer a imagem da mulher, para que ela se sentisse mais segura e pudesse exercer sua sexualidade protegida. Procurar o prazer seguro na relação não deveria ser, segundo o Ministério da Saúde, motivo de vergonha, e sim de atitude.

O vídeo para TV denominado “Clube da Mulher Madura” (disponível no CD como arquivo intitulado “Carnaval 2009”<sup>161</sup>) mostra amigas reunidas em uma sala com decoração antiga, preparando-se para o carnaval.



Todas elas são mulheres sorridentes, com mais de 50 anos. Como trilha sonora, o instrumental de um sambinha. No centro, em primeiro plano, duas mulheres se ajudam a enrolar fitas decorativas de carnaval em torno de carretel. Uma delas diz “Nós somos do Bloco da Mulher Madura”. A câmera move-se para a direita, onde uma mulher está sentada à frente de uma penteadeira. Ela está se maquiando e diz “Gostamos de pintura...”. A câmera move-se novamente para a direita. Uma mulher negra, sentada com uma agulha à mão, complementa: “... costura”. À frente da câmera aparece outra mulher, carregando um arranjo de cabeça feito de pano e dizendo “Somos linha dura, mas sem perder a compostura”. A câmera a acompanha enquanto ela caminha pela sala. Aparece uma mulher frente ao espelho. Ela, pondo a mão direita no quadril esquerdo, diz “Temos jogo de cintura”. À sua frente, surge outra mulher, quem desliga um celular e diz “Não temos censura. Mas homem desprevenido a gente não atura”. A câmera a acompanha, enquanto ela caminha para o lado direito da sala. Por detrás de um biombo, surge uma mulher dizendo “Nem pra uma aventura”. A mulher à sua direita, caminhando para a esquerda, diz “Um cara consciente é tudo que a gente procura. Um homem que esteja à nossa altura”. Atrás, uma mulher que experimenta um vestido, sendo auxiliada por outras duas costureiras, diz “Aí, esquenta a temperatura.”. As costureiras, rindo, dizem juntas “Jura?”. Surge uma mulher em primeiro plano, mostrando uma camisinha masculina. Ela diz “Use camisinha. É coisa de mulher

<sup>161</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/GnFMtAJ0m1s>.

segura”. Corte para uma tela vermelha, com as logomarcas do Disque Saúde, do SUS 20 Anos, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, do MS (Ministério da Saúde) e do Governo federal. Ouve-se uma narradora dizer “Sexo não tem idade pra acabar. Proteção também não”.

Esta campanha filia-se predominantemente à Formação Discursiva “y” (FDy), na qual estamos considerando os discursos biomédicos sobre a prevenção. O leitor imaginado por seus elaboradores é uma mulher de mais de 50 anos, que gostaria de usar o preservativo, mas que não tem poder de negociação junto ao seu parceiro sexual porque tem baixa autoestima. Por isso, a campanha busca valorizar esta mulher. Entretanto, ela ignora outras causas pelas quais as mulheres não praticam o “sexo seguro”. Ademais, ao invés de propor à mulher portar uma camisinha, reserva ao homem este papel, cabendo a ela recusar o sexo caso não haja - ou o homem não queira usar - preservativo (“homem desprevenido a gente não atura. Nem pra uma aventura.”).

A campanha atualiza a memória discursiva (a memória do dizer) do que era tido como atividades de uma mulher idosa para desconstruí-lo através das imagens. “Gostamos de pintura... costura” passa a significar, pelas cenas, que a mulher com mais de 50 anos dos dias atuais gosta de se maquiar e de confeccionar modelitos para ir a festas, se divertir e flertar.

Ainda que não censure o exercício da sexualidade nesta faixa etária (“Sexo não tem idade pra acabar”), o MS coloca-se como instituição que emite juízos de valor sobre pessoas que não seguem suas normas de prevenção ao HIV/Aids (abarcando, conseqüentemente, os infectados). Ao dizer “Um cara consciente é tudo que a gente procura. Um homem que esteja à nossa altura”, a campanha pode sugerir a leitura de que pessoas que rejeitam o preservativo são inconscientes e têm menor valor que outras. E ao afirmar “Nós somos do Bloco da Mulher Madura” e “Use camisinha. É coisa de mulher segura”, sugere-se a leitura de que aquelas mulheres que não a utilizam são imaturas e inseguras. Não há espaço, portanto, para o discurso do amor e da fidelidade, sobre o qual se fundamenta a maioria dos casais na nossa cultura. “Um homem que esteja à nossa altura” pode ser, para uma outra mulher, um homem fiel – dispensando, portanto, a necessidade do preservativo.

Há algo importante a ser observado: quando tentamos mapear os sentidos predominantes numa textualidade qualquer (no caso acima, a das campanhas) e compreender a construção destas matrizes de interpretação (as FDs), não está pressuposto que esta seja uma leitura universal - pelo contrário. É tarefa do analista identificar a opacidade do sentido, a sua construção histórica, remetendo os discursos e os dizeres a outros dizeres, confrontando-os, desnaturalizando-os. Do ponto de vista de leitores, o que há são leituras possíveis, algumas

identificadas com a mensagem (o que significa dizer que o leitor ocupa a mesma posição discursiva dos formuladores de campanha), outras simplesmente não previstas, inesperadas, discordantes. A linguagem é equívoca e o sentido, mesmo que sob injunções institucionais, sempre se inscreve em um espaço de deriva.

#### 4.1.2.2 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2009

Segundo o Ministério da Saúde<sup>162</sup>, pesquisas alertam que, apesar de as pessoas possuírem informações sobre as formas corretas de prevenção ao HIV/Aids, a discriminação às PVHAs ainda é muito forte na nossa sociedade. Por isso, esta campanha trouxe o preconceito como tema. As peças usaram imagens de beijos, um forte símbolo de amor e amizade que, no campo da Aids, assume outras conotações: o beijo mostra que não se transmite o HIV dessa forma, que as PVHAs podem e devem se relacionar com as demais, e que a solidariedade precisa ser praticada. O *slogan* é “Viver com aids é possível. Com o preconceito não”. Analisaremos o filme feito para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Dia Mundial 2009”<sup>163</sup>.



O filme começa com uma trilha sonora instrumental alegre. Mostra-se, em *close*, o rosto de um jovem sorridente, entre 20 e 25 anos de idade. Ele está em uma praça ou parque. Aparecem rapidamente na tela, em letras garrafais brancas, os dizeres “Ele tem HIV desde 2005”. O jovem move-se para a esquerda, em um giro, e aparece em *close*, no seu lugar, o rosto de uma jovem, também sorridente e da mesma idade. Na tela, “Ela sabe”. Os dois se aproximam e ocupam toda a tela. Dão um longo beijo de língua. Nesse momento, no canto superior esquerdo, aparecem os dizeres “Caso real de HIV”. A câmera se afasta um pouco e o casal para de se beijar e sorri. No canto inferior esquerdo, surgem os dizeres “Ele continua com HIV”. Em seguida, “Ela continua sem”. O casal abraça-se e sai, caminhando de costas para a câmera. Surgem na tela as logomarcas do Disque Saúde, do Dia Mundial de Luta

<sup>162</sup>Disponível em: <http://bit.ly/1aifDsY>. Acesso em 08 jan 2013.

<sup>163</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/IYuzs3SK4Y8>.

Contra a Aids de 2009, do SUS, do MS e do Governo federal. Enquanto isso, um narrador diz “Viver com Aids é possível. Com o preconceito, não”.

Esta campanha filia-se predominantemente à Formação Discursiva “x” (FDx), na qual estamos considerando os discursos pelo fim do preconceito às PVHAs. Seu *slogan* (“Viver com aids é possível. Com o preconceito não”) abarca o conceito positivo de saúde, ao mostrar que o preconceito afeta o bem-estar dos soropositivos e, logo, é um determinante social da saúde.

A PVHA é vista como alguém que pode namorar e transar sem colocar necessariamente outra pessoa sob o risco do contágio, se seguir as recomendações do “sexo seguro”. Já o leitor imaginado pelos elaboradores da campanha é alguém que conhece bem mas não crê inteiramente nas informações atuais sobre as formas de transmissão ou não do HIV e que, por isso, exclui a PVHA de seu convívio (como vimos, isso também foi abordado na campanha de Dia Mundial do mesmo ano do Grupo Vhiver). Daí a necessidade de mostrar um beijo entre um casal sorodiscordante real como prova de que as informações científicas sobre as formas de transmissão do HIV são confiáveis.

O MS reivindica para si o lugar de autoridade que detém o saber-poder sobre as formas de transmissibilidade do HIV, julgando as pessoas que não lhe creem como ignorantes, preconceituosas. Entretanto, cabe lembrar que o próprio saber médico foi a fonte de atitudes de isolamento para com as PVHAs no início da epidemia e que, hoje, sabemos serem injustificadas cientificamente: os pacientes com Aids eram postos em quarentena em andares hospitalares específicos, com restrição à entrada livre de pessoas; o corpo médico que lhes cuidava usava luvas e máscaras; muitas autoridades sanitárias expulsaram pacientes com Aids das cidades onde eles viviam, como relatado na imprensa brasileira daquela época. Portanto, a cisma de muitas pessoas hoje tem parte de sua origem no próprio saber-poder médico do início da década de 1980.

#### 4.1.2.3 *Carnaval de 2010*

Segundo o Ministério da Saúde<sup>164</sup>, esta campanha foi uma resposta à tendência de crescimento dos casos de Aids entre as meninas de 13 a 19 anos de idade: eram 8 casos em

---

<sup>164</sup>Disponível em: <http://bit.ly/1aJFmak>. Acesso em 08 jan 2013.

meninos para cada 10 em meninas. A mensagem para quem ia curtir o carnaval foi de prevenção. O *slogan* “Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre.” buscou atingir tanto os apaixonados quanto quem quis apenas curtir. Elaboraram-se dois filmes destinados à TV: um direcionado aos jovens *gays* e outro às meninas. É este que analisaremos (disponível no CD como arquivo intitulado “Carnaval 2010”<sup>165</sup>). Em ambos os filmes, o protagonista é uma camisinha falante que alerta os jovens para o uso do preservativo.



O filme começa com uma trilha sonora eletrônica. De cima, a câmera mostra uma casa noturna. Jovens se divertem na pista de dança. No centro, aparece uma jovem branca que acaba de dar um beijo em um jovem negro. Ela se separa dele, sorridente, e entra no banheiro feminino para retocar o batom. Surge uma voz feminina (mas que também poderia ser de uma travesti), sussurrando “Psiu! Sou eu, aqui embaixo”. A garota espanta-se e coloca a mão dentro da sua bolsa, à tiracolo. Dela, retira uma camisinha masculina amarela. Ouve-se a voz “Que calor aqui dentro!”. *Close* na mão da garota, que segura a camisinha falante. Esta diz, maliciosa, “Hum... tava no maior amasso, hein?”, sem tom de reprovação. *Close* na garota, quem diz “Ai, gato, né? Será que vai rolar?”. *Close* na camisinha, que diz “Claro que vai! Ele tá caidinho por você.”. *Close* na garota, que sorri satisfeita. A camisinha diz “E já que a noite vai ser boa, não se esquece de mim, hein? Vai que ele esqueceu a dele...”. A garota faz um gesto de quem concorda e guarda a camisinha novamente na bolsa. Enquanto isso, esta diz “Agora vai lá, meu amor, e arrasa!”. A garota ajeita o cabelo ao espelho, certa de si, e sai do banheiro. A câmera mostra, novamente, a pista de dança. A garota se aproxima do rapaz. Ouve-se um narrador masculino dizer “Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre”. A garota abraça o rapaz enquanto, na tela, aparecem as logomarcas do Disque Saúde, do SUS, da Secretaria Especial das Mulheres, do Ministério da Saúde, do Governo federal e o *site* da campanha.

Este filme filia-se predominantemente à Formação Discursiva “y” (FDy), na qual estamos considerando os discursos biomédicos sobre a prevenção. O MS coloca-se como

<sup>165</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/pAOh6eEZP1M>.

autoridade sanitária reguladora da sexualidade juvenil, pregando às jovens o uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais, “com amor, paixão ou só sexo mesmo”. Logo, esta campanha é um discurso a favor do exercício da sexualidade feminina juvenil, ainda que admitida apenas dentro dos padrões sanitários. Isso reitera a visão de Foucault, abordada no capítulo anterior, de que o dispositivo de controle da sexualidade não se dá por meio da censura.

Pelo diálogo em cena, podemos deduzir que o leitor imaginado pelos elaboradores do filme é uma garota que não usa o preservativo porque concebe como sendo do homem o papel de levá-lo consigo. Portanto, em sua mensagem, a campanha busca incentivar a menina a portar o preservativo masculino, no caso de o rapaz esquecê-lo (“E já que a noite vai ser boa, não se esquece de mim, hein? Vai que ele esqueceu a dele...”). Não elimina, portanto, a responsabilidade de o rapaz ser prioritariamente aquele quem deve ter a iniciativa de propor o preservativo, mas coloca a garota como co-responsável pela prevenção. Esta campanha apresenta alguns deslocamentos, se comparada à do carnaval do ano anterior. No vídeo de 2009, à mulher de mais de 50 anos não lhe é incentivado portar o preservativo, mas apenas recusar o sexo com um “homem desprevenido”. Já as garotas não precisam recusar este parceiro, desde que elas tragam consigo a camisinha. Logo, os discursos de prevenção emitidos pelo MS ao público feminino variam conforme a idade.

Pelo *slogan* da campanha (“com amor, paixão ou só sexo mesmo”), percebemos que um outro leitor imaginado são as meninas que não usam preservativo porque amam seus parceiros sexuais e confiam na sua fidelidade, dispensando, portanto, a necessidade de prevenção. Mas, como veremos nos discursos dos soropositivos entrevistados, há casos em que as mulheres não querem usar a camisinha por ser um acessório que lhes incomoda. Há outros casos, ainda, em que o amor é a causa pela qual mulheres de soropositivos não se importam em correr o risco de se contaminar com o HIV.

#### 4.1.2.4 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2010

Segundo o Ministério da Saúde<sup>166</sup>, a campanha tinha como público primordial os jovens de 15 a 24 anos de idade, pois dados comportamentais sobre essa população apontavam para maior número de parceiros casuais e elevado índice (40%) daqueles que

---

<sup>166</sup>Disponível em: <http://bit.ly/1ikA1ve>. Acesso em 08 jan 2013.

declaravam não usar preservativo em todas as relações sexuais. Os objetivos da campanha foram a desconstrução do preconceito sobre as PVHAs e a conscientização dos jovens sobre comportamentos seguros de prevenção. Para isso, seu tema foi: “O preconceito como aspecto de vulnerabilidade ao HIV/Aids”. Analisaremos o filme feito para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Dia Mundial 2010”<sup>167</sup>.



Todos os jovens mostrados no filme aparentam ter entre 20 e 25 anos de idade. Começa-se com uma tela preta, na qual uma tarja branca contém a palavra “Aids”, em letras garrafais pretas. Esta tarja ocupa a maior parte da tela. Em *off*, um narrador masculino diz “Vamos descrever uma pessoa com Aids”. Uma trilha sonora alegre e tranquila, feita em violão, começa a tocar. Corte seco para a imagem do rosto de um jovem, sorridente. O narrador diz “Ela sorri...”. Corte seco para a imagem do rosto de uma jovem, que chora recostada à uma janela. Lá fora está chovendo. O narrador diz “Chora...”. Corte seco para a imagem em *close* das costas de uma jovem, na qual percebe-se seu suor. O narrador diz “Sua...”. Corte seco para a imagem de um casal jovem (um jovem branco e uma mulher negra), que se beija brevemente em uma praça ou parque. Eles sorriem. O narrador diz “Essa pessoa pode namorar...”. Corte seco para a imagem de um nadador jovem, que treina em uma piscina olímpica. O narrador diz “...e pode superar desafios”. Corte seco para a imagem de uma família, em uma sala de casa. Um jovem adulto, branco, está agachado, acariciando a barriga de sua mulher, negra, que está de pé. Ao lado dele, sentada, está uma mulher idosa que parece ser sua mãe. Ao lado da jovem, também está sentada uma mulher idosa negra, que parece ser a mãe dela. Ambas as idosas mostram ao casal roupas de bebê. O narrador diz “É alguém que ama a família...”. Corte seco para a imagem de dois jovens, um branco e outro negro, que parecem estar em uma loja de discos e CDs. Eles se cumprimentam com um aperto de mão e sorriem. Em *off*, o narrador diz “...os amigos...” Corte seco para a imagem em *close* de uma jovem, que sorri. Ela parece estar em meio a amigos. O narrador diz “...a vida.” Corte seco para a imagem de um grupo de jovens, divertindo-se cantando e tocando violão. O narrador diz “Uma pessoa que vive com Aids...” Corte seco para a imagem do primeiro jovem mostrado na propaganda. Ele continua sorridente. Agora é possível ver que está ao lado de

<sup>167</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/6QI1-VeSvsg>.

amigos. O narrador termina a frase: “...é igualzinha a você.”. Corte seco para a imagem de dois jovens do grupo que estava tocando violão. Um garoto e uma garota estão sorrindo. Na tela, surge o *site* da campanha ([www.todoscontraopreconceito.com.br](http://www.todoscontraopreconceito.com.br)). Corte seco para a imagem, em plano aberto, do grupo que toca violão. O narrador diz “A Aids não tem preconceito...”. A tela escure e aparecem as logomarcas da campanha “Viver com Aids é possível; com o preconceito, não”; do Disque Saúde, do SUS, do MS, e do Governo federal. O narrador conclui: “...você também não deve ter. Use camisinha”.

Esta campanha é atravessada predominantemente pela Formação Discursiva “x” (FDx), na qual estamos considerando os discursos pelo fim do preconceito a PVHAs. Entretanto, seu *slogan*, ao final, também a enquadra na FDy, porque lhe subjaz o discurso biomédico da prevenção (“Use camisinha”). A ausência da expressão “sempre” (como em “Use sempre camisinha”) representa um pequeno deslocamento de sentido nesse discurso de prevenção do MS, pois abre para a possibilidade de uma leitura que entenda não mais ser o preservativo necessário em toda e qualquer relação sexual.

A PVHA é tida como uma pessoa igual a outra qualquer, que ama a família e os amigos, que sente emoções boas e tristes, que pode namorar e superar desafios. Pelo *slogan* (“A Aids não tem preconceito. Você também não deve ter”), percebe-se que o leitor imaginado pela campanha é alguém que tem preconceito às PVHAs. O MS coloca-se como uma instituição protetora das PVHAs, que zela pelo seu bem-estar físico e mental ao combater o preconceito da sociedade. Mas, como vimos na sua campanha de carnaval de 2009, em alguns discursos campanhistas o MS acaba por emitir juízo de valor negativo sobre aqueles que não seguem as recomendações do “sexo seguro” (portanto, também sobre os que se infectaram pelo HIV).

A primeira imagem da campanha, contendo a palavra “Aids” em uma tela escura, remete o leitor ao desenho gráfico das primeiras campanhas do próprio MS sobre o riscos do HIV/Aids, pertencentes à fase “terrorista” segundo alguns estudiosos, como vimos no segundo capítulo. Aqui, essas campanhas são lembradas justamente para terem seus discursos contestados. O *slogan* (“A Aids não tem preconceito) contribui para desconstruir a ideia de grupo de risco, presente em campanhas anteriores do MS, ao mostrar que qualquer um é vulnerável à infecção por HIV.

As campanhas de Dia Mundial de 2010 do MS e do Grupo Viver apontam para discursos opostos sobre o viver com HIV/Aids, ainda que ambas puguem o fim do

preconceito. Enquanto a primeira ressalta, através das imagens e da narração, que os soropositivos são iguais aos soronegativos e fazem as mesmas coisas que eles (como rir, chorar, namorar, amar a família e os amigos), a segunda mostra que o preconceito vivido por eles cotidianamente, como algo indelével (igual a uma tatuagem), diferencia-os. A campanha do MS diz (e mostra com as cenas) que soropositivos podem namorar e conviver com amigos. Já a do Grupo Vhiver traz a frase de uma mãe que não quer o contato de seus filhos com uma pessoa contaminada pelo HIV, e também a frase da própria mãe que rejeita o filho soropositivo. Enquanto a campanha do MS diz que uma pessoa com Aids “pode superar desafios”, uma peça da campanha do Grupo Vhiver afirma que “O soropositivo precisa vencer muitos obstáculos”. As palavras “desafios” e “obstáculos” apontam para sentidos distintos. O desafio é visto, em nossa cultura, como algo superável e que gera crescimento. Obstáculos, ao contrário, indicam algo negativo, que atrapalha o desenvolvimento. Além disso, enquanto a campanha do MS busca ressaltar os aspectos positivos de uma vida com Aids (ao retratar cenas divertidas com amigos, por exemplo), a imagem de um arame farpado da campanha do Grupo Vhiver sugere isolamento, exclusão, e a expressão “Tomara que você não seja um deles” sugere que o viver com Aids seja algo ruim.

#### 4.1.2.5 Carnaval de 2011

Segundo o Ministério da Saúde<sup>168</sup>, a campanha foi direcionada às mulheres de 15 a 24 anos, das classes C, D e E, porque dados epidemiológicos apontavam para a feminização da epidemia. As peças incentivavam a adoção do uso do preservativo entre as garotas. O desafio era estimular a negociação do uso da camisinha diante da falsa percepção de segurança em relação ao parceiro (pela aparência ou pelo pertencimento ao mesmo grupo de amigos) ou da negação do preservativo como prova de amor. Para isso, foi escolhido o *slogan* “Curta o carnaval. Sexo só se for com camisinha. Senão não dá.” Analisaremos o filme feito para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Carnaval 2011 – Episódio 2”<sup>169</sup>.



<sup>168</sup>Disponível em: <http://bit.ly/1aibQvP>. Acesso em 08 jan 2013.

<sup>169</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/NdCMizL5Om4>.

Todas as pessoas que aparecem no filme têm entre 25 e 30 anos de idade. A câmera mostra de cima um baile de carnaval, aparentemente na rua, onde pessoas jovens, fantasiadas, estão pulando e jogando confetes e serpentinas ao som de uma marchinha. Corte seco para o enquadramento em plano americano de duas amigas, uma negra e outra branca, que estão no meio dessa multidão, também dançando. A jovem branca se aproxima da outra, apontando para algo que está fora do enquadramento da câmera. Ela diz: “Olha lá! Olha lá!”. Corte seco para a imagem de uma outra jovem branca, que está beijando um jovem. Corte para outra cena. Não há mais trilha sonora. O casal, beijando-se, entra em um quarto, que parece ser do rapaz, pelos objetos presos à porta, como tiro-ao-alvo e adesivos. A moça pergunta: “Você tem camisinha?”, ao que o rapaz responde “Pra quê? Deixa pra lá, vai, gata!”. Ele a beija novamente. A moça esquiva-se do beijo e diz “Meu amor, sem camisinha não dá; se liga!”, no que ele contra-argumenta: “Dá sim...”. Ela diz “Dou...”. Ele a beija e diz “Então dá...”. Ela repete “Dou... Dou a camisinha”. Ela lhe entrega, sorridente, um preservativo masculino. Ele a beija e a tela escurece. Corte para essa mesma moça, enquadrada em plano americano, que agora está de volta ao baile, sozinha e feliz. Aparece uma nova trilha sonora alegre, como guitarra baiana. Ela se dirige diretamente à câmera e diz “O carnaval chegou e tá na hora de fazer a festa. Mas só se for de camisinha. Leva, senão não dá”. Aparece, no canto inferior da tela, em amarelo, o *site* da campanha ([www.camisinhaevou.com.br](http://www.camisinhaevou.com.br)). A tela escurece. Aparecem as logomarcas do Disque Saúde, do Saúde Não Tem Preço, do SUS, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, do MS e do Governo federal. Em *off*, ouve-se uma narradora feminina: “Curta o carnaval. Sexo, só se for com camisinha. Senão, não dá.”

Esta campanha filia-se à FDy, na qual estamos considerando os discursos biomédicos sobre a prevenção. Assim como a campanha do carnaval de 2010, prega-se às jovens o uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais (“Curta o carnaval. Sexo, só se for com camisinha. Senão, não dá.”), sem julgá-las por terem relações sexuais casuais.

Entretanto, ela apresenta uma novidade em relação à campanha do carnaval de 2010: enquanto o leitor imaginado desta era uma jovem que transava sem camisinha porque não tinha o hábito de levá-la consigo, agora o diálogo em cena entre o garoto e a jovem aponta que o leitor imaginado é uma jovem que não adere ao preservativo porque não tem poder de negociação na relação que mantém com o parceiro (A moça pergunta: “Você tem camisinha?”, ao que o rapaz responde “Pra quê? Deixa pra lá, vai, gata!”).

Ambas as campanhas ignoram, porém, outras causas para a não adesão feminina ao preservativo e não eliminam o papel de o rapaz ser quem deve tomar a iniciativa primeira de propor o seu uso, mas colocam a garota como co-responsável pela prevenção.

#### 4.1.2.6 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2011

Segundo o Ministério da Saúde<sup>170</sup>, a campanha deu enfoque aos jovens *gays* de 15 a 24 anos de idade, das classes C, D e E. Buscou-se discutir as questões relacionadas à vulnerabilidade ao HIV/Aids nesta população, sob o ponto de vista do estigma e do preconceito. Por isso, o *slogan* “A aids não tem preconceito. Previna-se”. Além disso, a ideia foi estimular a reflexão sobre a falsa impressão de que a Aids afeta apenas o outro, distante da percepção de que todos estamos vulneráveis. Analisaremos o filme para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Dia Mundial 2011”<sup>171</sup>.



O filme começa com uma tela em cuja metade há uma faixa preta onde se lê, em letras garrafais, “1º. de dezembro. Dia Mundial de Luta Contra a Aids.” Atrás dessa faixa, imagens desfocadas e não identificáveis, que colorem a tela de tons amarelos a vermelhos. Ouve-se um narrador masculino dizer “Aproveitando o Dia Mundial de Luta Contra a Aids, queremos saber:...”. A tela escurece e, no centro, lê-se “Você é?”, enquanto o narrador repete essa pergunta. Começa uma trilha sonora instrumental alegre, com guitarra e bateria. Surge a imagem de um jovem forte, posicionado frente a um muro de tijolos. Ele leva os braços cruzados e uma cara de mau, com o queixo levantado, como se estivesse desafiando para uma briga. Ouve-se o narrador dizer “Ele é”. Corta-se para a imagem de dois jovens masculinos adolescentes, cujas posturas, roupas e penteados levam o espectador a pensar que são *gays*. Eles estão posicionados frente a um quadro negro de escola. Eles se entreolham com sorrisos nos lábios e, em seguida, olham dentro da câmera, como que para o telespectador. O narrador diz “Eles não”. Corta-se para um outro adolescente, posicionado frente a uma parede decorada

<sup>170</sup> Disponível em: <http://bit.ly/1cZ1DF8> . Acesso em 08 jan 2013.

<sup>171</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/1fWEnfUI7oo>.

com papel verde. Ele ouve música com fone de ouvido e, de cabeça baixa, observa o *ipod* que leva nas mãos; a outra mão está apoiada na cintura. Parece tímido. O narrador diz “Ele esconde...”. Corta-se para um enquadramento maior do jovem, que olha para a câmera. Pode-se perceber que ele tem a sobrancelha feita, delineada. O narrador complementa: “... mas é”. Corta-se para um adulto, que desce uma escada colocada frente ao que parece ser a porta de uma loja ou uma garagem. Ele parece ser operário de obras, pois leva uniforme, luvas e capacete. Ele termina de descer as escadas e vira-se para a câmera, com um sorriso. Ouve-se o narrador dizer “Já ele não é, não”. Corta-se para uma mulher, que se senta frente a uma cortina vermelha. Séria, ela parece uma executiva, pelo terno que veste. Seus trajes masculinos e sua seriedade sugerem, pela pergunta da campanha, que ela seja lésbica. Enquanto ela tira os óculos, olhando para a câmera, ouve-se o narrador dizer “Ela não admite, mas é”. Corta-se para uma jovem adulta negra, que está toda sorridente, com ambas as mãos apoiadas na cintura. Ouve-se o narrador dizer “Ela não! Nunca!”. Corta-se para um jovem adulto, vestido de terno. Enquanto ele, com um gesto, desamarrota ou limpa o seu traje na altura do peito esquerdo, ouve-se o narrador dizer “Ele é. Não assume, mas é.”. Volta-se para a tela inicial da propaganda, mas na tarja preta agora se lê “E você, é?”, alternando-se para “Você é preconceituoso?”, enquanto ouvimos o narrador repetir essas perguntas. Corta-se para uma tela amarela, onde se delineia a logomarca do Dia Mundial de Luta Contra a Aids. No canto inferior, em letras garrafais vermelhas, lê-se “Previna-se” e, na linha debaixo, com letras pretas, “Use sempre camisinha. Faça o teste”. Ouvimos o narrador dizer “A Aids não tem preconceito”, enquanto a tela muda para outro fundo amarelo, com as logomarcas do Disque Saúde, do SUS, do Ministério da Saúde e do Governo federal.

Esta campanha filia-se tanto à FDx, na qual estamos considerando os discursos pelo fim do preconceito a PVHAs, quanto à FDy, porque lhe subjaz o discurso biomédico da prevenção (“A Aids não tem preconceito” e “Previna-se. Use sempre camisinha. Faça o teste”). Também encontramos uma outra FDz, na qual estamos considerando os discursos pelo fim da discriminação aos LGBTs (lésbicas, *gays*, bissexuais e transgêneros).

Ao começar com a pergunta “Aproveitando o Dia Mundial de Luta Contra a Aids, queremos saber: você é?”, a campanha joga com duas memórias discursivas sociais. A primeira tem a ver com a pergunta que, cotidianamente, é feita para saber se alguém é homossexual (“Você é?”). A segunda relembra a forte associação entre Aids e homossexualidade, própria do início da epidemia. Convida-se o telespectador a um jogo de adivinhação sobre a orientação sexual das pessoas apresentadas na tela, baseando-se nos seus

trajes e posturas. Os dois primeiros (o jovem de braços cruzados e os amigos adolescentes) causam ao telespectador um estranhamento, pois o narrador não confirma a suspeita do senso comum de que o primeiro seria heterossexual e os segundos, homossexuais. Ao fim do filme, percebe-se que nada tinha a ver com a orientação sexual, mas sim com o fato de ser preconceituoso ou não. Descobrimos, por fim, que todos os personagens com posturas sorridentes e simpáticas não eram preconceituosos, ao contrário dos outros mais sérios. A mensagem final “A Aids não tem preconceito” desconstrói a associação entre Aids e homossexualidade, evocada no início do filme, e também a noção de grupo de risco, mostrando que todos nós somos vulneráveis ao HIV.

O leitor imaginado é alguém que discrimina PVHAs e LGBTs e que não se crê vulnerável à infecção por HIV. O soropositivo é, nesta campanha, tido como alguém que enfrenta preconceitos. Já o MS coloca-se, concomitantemente, como autoridade sanitária que regula as sexualidades e combate o preconceito. Mas, como vimos na sua campanha de carnaval de 2009, em alguns discursos campanhistas o MS acaba por emitir juízo de valor negativo sobre aqueles que não seguem as recomendações do “sexo seguro” (portanto, também sobre os que se infectaram pelo HIV). Porém, esta campanha é, a nosso ver, entre as analisadas aqui, a que mais se aproximou do conceito de vulnerabilidade em todas as suas três dimensões, pois abarca a vulnerabilidade individual (ao incentivar o uso do preservativo e a testagem), a vulnerabilidade social (ao lutar contra o preconceito a PVHAs e a LGBTs) e a vulnerabilidade programática ou institucional (ao ofertar gratuitamente o preservativo e o teste). Também observamos que, da série de campanhas analisadas, esta foi a primeira a pregar a testagem ao HIV.

#### *4.1.2.7 Carnaval de 2012*

Segundo o Ministério da Saúde, os jovens *gays* de 15 a 24 anos foram o principal foco da campanha porque, de 1998 a 2010, os casos de Aids nessa população subiram 10,1%. O conceito da campanha era: “Na empolgação pode rolar de tudo. Só não rola sem camisinha. Tenha sempre a sua”. Entretanto, o filme veiculado em TV mostrava dados epidemiológicos, sem público-alvo definido. Já o filme destinado à população homossexual teve sua exibição restrita à internet e a casas noturnas. A sociedade civil acusa o MS de censura e de ter agido

conforme orientação da bancada evangélica. Analisaremos o filme exibido na TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Carnaval 2012”<sup>172</sup>.



A trilha sonora do filme é um samba, feito com pandeiro. Ele começa com uma jovem de uns 25 anos de idade, enquadrada em plano americano frente a um fundo azul. No canto superior direito, a logomarca do SUS, que permanecerá ao longo do filme. A jovem diz “O carnaval está aí e a gente não pode esquecer...”. Corte para um *close* em seu rosto. Ela termina a frase: “...A Aids é sempre uma ameaça”. Corte para um jovem de uns 25 anos de idade, enquadrado em plano americano frente a um fundo laranja. Ele diz: “Nos últimos 12 anos, houve um aumento de mais de 10% no número de casos entre jovens *gays* de 15 a 24 anos.” Enquanto ele diz isso, aparecem na tela, no seu lado esquerdo, os dizeres “aumento de mais de/ 10%/ nos casos de Aids entre/ jovens/ *gays*/ de 15 a 24 anos”, sendo que estão em destaque, em negrito e letra maior, as expressões “10%”, “*jovens gays*”. Corte para a jovem, enquadrada em plano americano conforme a cena anterior do garoto. Ela diz: “Entre os jovens de 13 a 19 anos, a relação é de 10 meninas infectadas para cada 8 meninos.” Enquanto ela diz isso, aparecem na tela, no seu lado esquerdo, os dizeres “10 mulheres infectadas para cada 8 homens infectados de 13 a 19 anos”, ganhando destaque os números 10 e 8. Corte para o jovem, enquadrado em plano americano conforme a cena anterior. Ele diz: “E, para piorar, o uso de camisinha entre os jovens está diminuindo”. Enquanto ele diz isso, aparecem na tela, no seu lado esquerdo, os dizeres “Apenas 43% dos jovens usam a camisinha regularmente”, ganhando destaque as expressões “43%” e “usam”. Corte para enquadramento em *close* do garoto. Ele diz: “Por isso, se você quer curtir o carnaval com tranquilidade, lembre-se:...”. Corte para plano americano central do garoto. Ele termina a frase: “...usar camisinha é a forma segura de se prevenir.” Ele caminha para o lado esquerdo da tela, saindo de cena. Enquanto isso ocorre, aparecem no centro da tela os dizeres “Aids não tem cura. Previna-se”, ao mesmo tempo em que ouvimos um narrador dizer o mesmo. Esses dizeres dão lugar aos logotipos do SUS, do MS e do Governo federal. No canto superior direito, lê-se “SUS

<sup>172</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/O61nZb4RBLE>.

também é prevenção. Use camisinha”. Enquanto vemos essa tela, ouvimos o narrador dizer “Ministério da Saúde. Governo federal”.

Esta campanha filia-se à FDy, por seu discurso biomédico de prevenção (“Por isso, se você quer curtir o carnaval com tranquilidade, lembre-se: usar camisinha é a forma segura de se prevenir.”). Ela retoma a fase “terrorista” das primeiras campanhas ministeriais, ao dizer que “Aids não tem cura.” e que “A Aids é sempre uma ameaça”. Discursos como estes contribuem para estigmatizar as PVHAs.

O leitor imaginado é um jovem que não usa camisinha regularmente. Os elaboradores do filme acreditam que, ao lhe informarem dados epidemiológicos sobre a Aids, conseguirão persuadi-lo à mudança de comportamento. Como vimos, estratégias como esta se enquadram na Teoria Hipodérmica e já se provaram ineficazes há muito tempo.

Interessante é o discurso sobre o SUS, que surge nesta peça: “SUS também é prevenção. Use camisinha”. O “também” retoma uma memória discursiva, bastante presente na imprensa brasileira, segundo a qual o SUS é ineficaz por, muitas vezes, negligenciar as ações preventivas e ter, como consequência, uma sobrecarga nos serviços curativos. Vê-se funcionar, aqui, o dilema preventivista, estudado por Sérgio Arouca, abordado por nós no capítulo anterior. Ao mesmo tempo, ao dizer “use camisinha”, o discurso transfere para o indivíduo a responsabilidade estatal de prevenção.

#### 4.1.2.8 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2012

Segundo o Ministério da Saúde<sup>173</sup>, a campanha enfatizava e incentivava o diagnóstico precoce do HIV, o sigilo e confidencialidade do teste, além do respeito aos direitos humanos. Adotava como *slogan* “Não fique na dúvida, fique sabendo”. O público-alvo das campanhas de massa foi a população geral das classes sociais C, D e E. Já as campanhas segmentadas destinavam-se a profissionais e gestores de saúde, HSHs, travestis e mulheres profissionais do sexo. A estratégia previu a veiculação das mensagens em Internet, TV, rádio e salas de cinema. Analisaremos o filme feito para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Dia Mundial 2012 Silvia”<sup>174</sup>.

<sup>173</sup> Disponível em <http://bit.ly/Ky4pGR>. Acesso em 08 jan 2014.

<sup>174</sup> Disponível também em: [http://youtu.be/R7v5y\\_YJbE](http://youtu.be/R7v5y_YJbE).



O filme tem uma trilha sonora instrumental tranquila e alegre. Ele começa com Silvia Almeida, uma mulher branca de meia idade, sentada em um sofá numa sala de casa. Na tela aparecem dizeres em branco, no canto inferior: do lado esquerdo de Silvia, consta “Silvia Almeida”; do seu lado direito, “Depoimento real.”. No canto superior direito, aparece a logomarca da campanha “Fique Sabendo”. Os dizeres “Depoimento real” e a logomarca permanecerão na tela até o fim do vídeo. Silvia começa dizendo, com aparência tranquila: “Há 17 anos eu vivo com HIV.” Corte seco para imagens breves de um porta-retrato em que Silvia aparece abraçando uma menina, ambas sorridentes. Novo corte seco, mostrando rapidamente em *close* as mãos, aparentemente de Silvia e de uma criança, sobre a mesa, manuseando peças de um jogo infantil. Outro corte seco, para imagens breves de um porta-retrato cuja foto é de um bebê. Enquanto todas essas imagens aparecem, ouve-se Silvia dizer: “Tenho 2 filhos, 2 netos...”. Corte seco para uma imagem rápida de Silvia agachada à mesa da sala, sobre a qual brinca um jogo com seus dois netos. Novo corte seco para a sua filha acariciando a cabeça de uma das crianças. Corte seco para Silvia soprando bolhas de sabão. Corte para um dos netos, que se diverte estourando as bolhas. Durante todas essas cenas curtas, ouve-se Silvia dizer: “É..., trabalho, curto a minha família...”. Corte seco para Silvia, em *close*, sorridente, abraçada a seu neto, sentado em seu colo. Corte seco para imagens dos pés de Silvia dançando com seu outro neto. Corte seco para Silvia, em *close*, que agora recebe um afago em seu rosto por seu neto. Durante todas essas cenas curtas, ouve-se Silvia dizer: “Adoro ir ao cinema, viajar, dançar... Tenho uma vida com qualidade.”. Novo corte seco para Silvia, que está sentada no sofá, conforme o início do filme. Ela diz “Mas tudo isso só é possível porque eu fiz o teste de Aids e fiquei sabendo a tempo de me cuidar.” Corte seco para Silvia acariciando a cabeça de um de seus netos, sorridente. Surgem na tela os dizeres, em branco: “O teste é gratuito, rápido, seguro e sigiloso. Procure uma unidade de saúde”. Enquanto isso, ouve-se um narrador masculino dizer: “O Governo federal garante o teste de Aids. Não fique na dúvida; fique sabendo! Faça o teste! Procure uma unidade de saúde. Melhorar sua vida, nosso compromisso.” À medida que ele fala, a tela vai ficando mais transparente. Desaparecem os dizeres anteriores, dando lugar às logomarcas do Dia Mundial

de Luta Contra a Aids, do Disque Saúde, do SUS, do Ministério da Saúde e do Governo federal.

Esta campanha enquadra-se predominantemente na FDy, por seu discurso biomédico de prevenção. Pela primeira vez, na série de campanhas analisadas, a prevenção é abordada apenas através do incentivo à testagem ao HIV, sem haver qualquer menção ao uso do preservativo ou a outra forma de evitar o contágio por HIV. Portanto, esta campanha destina-se à prevenção da evolução para a Aids do quadro clínico dos infectados. O MS adota a posição-sujeito de autoridade sanitária que provê às pessoas o teste gratuito e sigiloso, visando “Melhorar sua vida. Nosso compromisso”. O leitor imaginado pelos elaboradores do filme são as pessoas que assumem comportamento de risco segundo as normas do MS e que, logo, podem estar infectadas.

A PVHA é mostrada como alguém que consegue viver com o HIV em seu corpo, desde que se teste o quanto antes e comece o tratamento adequado. Trata-se de uma mirada meramente biomédica sobre as implicações do HIV/Aids, que atribuiu ao sujeito, na forma do cuidado sobre a sua saúde, a possibilidade de ter uma vida agradável ou não. Essa campanha ignora, portanto, outros aspectos sociais e negativos ligados à Aids que impactam a saúde do sujeito, como o preconceito. Portanto, todas as campanhas analisadas que abordam a questão da discriminação às PVHAs estão em oposição a esta campanha do MS. Para efeito de comparação, contrastamo-la com a campanha do Grupo Vhiver, feita também para o Dia Mundial do mesmo ano. Enquanto o filme da OSC aponta para os problemas sociais vividos pelas PVHAs desde o seu diagnóstico (como desemprego e rejeição dos amigos e familiares), esta campanha do MS mostra uma PVHA que trabalha e é querida pela família, e incentiva a testagem como meio justamente de os infectados terem uma vida melhor. Portanto, enquanto em uma campanha ao diagnóstico seguem-se problemas e dificuldades, na outra ele é visto como a solução.

#### *4.1.2.9 Carnaval de 2013*

Analisaremos o filme feito para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Carnaval 2013”<sup>175</sup>.

---

<sup>175</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/vghDnWA1bSE>.



Ele começa com uma câmera que passa entre foliões de rua. Todos eles são jovens e estão dançando, sorridentes. A trilha sonora é o instrumental de uma marchinha de carnaval. Aparece no vídeo um casal de foliões. A garota ajuda o rapaz a colocar uma capa de chuva transparente. Nesse momento, ouve-se o narrador dizer “Se proteger de um resfriado é mole”. Corte para a cena de um churrasco em um jardim. A trilha sonora é de pagode. Em primeiro plano, vê-se o braço de um homem. Ele coloca luvas para manusear a churrasqueira. Em segundo plano, vários jovens curtindo. Ouve-se o narrador: “Se proteger de uma queimadura é fácil”. Corte para a imagem de uma pista de dança de uma casa noturna. A trilha sonora é de *techno music*. Em primeiro plano, um jovem fala ao ouvido de uma garota. Ela lhe sorri e lhe mostra um preservativo masculino, agarrando-lhe carinhosamente pela gola da camisa. Nesse momento, o narrador diz “Se proteger numa relação é tranquilo”. Aparecem na tela, no centro, os dizeres “500 milhões de camisinhas distribuídas por ano.” Ouve-se o narrador dizer “Mas se na hora você esquecer de se cuidar...”. Corte para a cena de uma jovem negra sentada frente ao computador, espirrando e assoando o nariz com um lenço. O narrador prossegue: “...o resfriado passa...”. Corte para a cena de uma jovem asiática acostada à cama, delicadamente passando pomada nas costas da mão. Na tela, aparecem os dizeres “3,5 milhões de testes rápidos de Aids em 2012”. O narrador prossegue: “... a queimadura pode curar...”. Corte para a imagem de um jovem, sentado à mesa da cozinha. Ele está colocando, sobre a palma da mão, os comprimidos de um frasco de remédio. No canto superior esquerdo, próximo a ele, lê-se “Diego Calixto/ Vive há 2 anos com HIV”. No canto inferior direito, em mais destaque, lê-se “Dos 19 tipos de medicamentos oferecidos, 10 são nacionais”. O narrador termina a frase: “...mas com a Aids não é fácil. Você vai ter que conviver a vida inteira”. O garoto leva à boca uma boa quantidade dos comprimidos colocados na mão e pega um copo d’água. No canto inferior direito, lê-se “A Aids ainda não tem cura”. O narrador diz: “Proteja-se. Use sempre camisinha.”. Corte para uma tela branca, nas quais veem-se as logomarcas do Disque Saúde, da campanha Fique Sabendo, do SUS, do MS e do Governo federal. O narrador finaliza: “A vida é melhor sem Aids.”.

Esta campanha filia-se à FDy, pelo seu discurso de prevenção. Nela, incentivam-se o uso da camisinha (principalmente) e a testagem ao HIV. Seu público imaginado é, sobretudo, pessoas que adotam comportamento de risco porque esqueceram o preservativo (“Mas se na hora você esquecer de se cuidar [...]”). Mais uma vez, o MS negligencia os outros fatores pelos quais as pessoas não aderem ao “sexo seguro”.

Nesta campanha, percebe-se uma comunicação institucional do MS mais forte, pois não se limita a estar presente em logomarcas ou em *slogans* (tal qual na campanha de Dia Mundial de 2012). Os escritos na tela “3,5 milhões de testes rápidos de Aids em 2012” e “Dos 19 tipos de medicamentos oferecidos, 10 são nacionais” servem apenas para informar as ações efetivadas pelo MS, como se fosse uma prestação de contas à sociedade sobre o seu desempenho.

O filme usa estratégia semelhante à da campanha do Grupo Vhiver de Dia Mundial de 2012: compara a Aids a outros agravos à saúde. Mas enquanto a do Grupo Vhiver a compara com doenças crônicas ou de fundo genético (diabetes, hipertensão, alergia e câncer) para dizer que, no caso da Aids, a diferença é o preconceito aos doentes, a do MS a compara com agravos de fácil recuperação (um resfriado e uma queimadura) para dizer que, no caso da Aids, a diferença é que não há cura. Utiliza-se a expressão “A Aids ainda não tem cura”, bem próxima à empregada na campanha do carnaval do ano anterior (“Aids não tem cura”). Entretanto, o “ainda” promove deslocamentos de sentidos, pois aponta para uma esperança de cura, superando o tom fatalista da campanha anterior. Porém, de uma forma geral, a Aids é mostrada prevalentemente em sua faceta negativa: mostra-se um soropositivo tomando vários remédios; diz-se “Com a aids não é fácil. Você vai ter que conviver a vida inteira” e “A vida é melhor sem Aids”. Esse tipo de discurso está em oposição ao da campanha de Dia Mundial de 2012, cuja mensagem positiva era o depoimento real de uma soropositiva dizendo “Tenho uma vida de qualidade. Mas tudo isso só é possível porque fiz o teste de Aids e fiquei sabendo a tempo de me cuidar”.

Ademais, ao colocar a imagem de uma garota mostrando a um jovem um preservativo masculino, com o narrador dizendo “Se proteger numa relação é tranquilo”, esta campanha negligencia o fato de que, especialmente para muitas mulheres, é difícil negociar o uso do preservativo com os parceiros – questão para a qual o próprio MS deu atenção especial nas campanhas de carnaval dirigidas ao público feminino dos anos 2009, 2010 e 2011.

#### 4.1.2.10 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2013

Analisaremos o filme feito para TV, disponível no CD como arquivo intitulado “Dia Mundial 2013”<sup>176</sup>.



O filme tem uma trilha sonora instrumental alegre e calma. Ele começa mostrando, em *close*, uma mulher sorridente. O narrador diz: “Tem coisas que é muito melhor saber o quanto antes.”. A câmera desce do rosto da mulher para seus braços. Ela brinca, sobre uma mesa branca, com dois sapatinhos de nenê: um rosa e outro azul. Percebe-se um braço masculino, que também brinca com outros sapatinhos de nenê. O narrador diz: “Se é menino ou é menina...”. Corte para a cena de um cabeleireiro. Um rapaz está sentado em uma cadeira. Ele tem um topete roxo. A cabeleireira ajeita-lhe o topete com laquê. Do lado dela, em pé, outro rapaz, de braços cruzados, faz cara de quem desaprovou o visual. O narrador diz: “Se o seu cabelo vai ficar na moda... ou inventar moda...”. Corte para um homem adulto que se senta à mesa de um escritório, em reformas. Há latões de tinta, lonas e pedaços de madeira por todos os lados. O narrador diz: “Se vai valer a pena abrir um negócio.” Corte para *close* deste homem, que apoia o rosto nas mãos e os cotovelos sobre a mesa, em gesto de preocupação. Corte para um senhor de idade, que entra para uma porta na qual se lê “Coleta”. O narrador diz: “Então, com a Aids, também é assim.”. Corte para o *close* em uma jovem negra vestida de jaleco branco. Ela está lendo algo e, com aparência tranquila, parece conversar com um paciente, não enquadrado pela câmera. Nas telas, lê-se “O teste é rápido, gratuito, seguro e sigiloso”. Enquanto isso, o narrador diz: “Quanto mais cedo você souber, melhor. Procure uma unidade de saúde e faça o teste”. Corte para a cena de um corredor hospitalar, no qual um médico de meia-idade caminha ao lado de dois jovens, um branco e outro negro. Eles conversam tranquilamente. Na tela, lê-se: “o Governo federal garante o teste para todos”. O narrador diz: “Quem tem o vírus e descobre a tempo de se cuidar...”. Corte para um grupo de

<sup>176</sup> Disponível também em: <http://youtu.be/iEYKkkTkquI>.

amigos, adultos jovens, reunidos à mesa de um almoço em um jardim de uma casa. Elas se cumprimentam, felizes, e trocam presentes. Na tela, lê-se: “Use Sempre Camisinha”. O narrador termina a frase: “...pode viver com mais qualidade e proteger a pessoa com quem se relaciona”. Na tela, aparecem as logomarcas do Disque Saúde, do SUS, do MS e do Governo federal, e a fita vermelha da Aids. No centro, o *slogan* “Melhorar sua vida, nosso compromisso”. O narrador diz “Para viver melhor, é preciso saber”.

Esta campanha é atravessada pela FDy, devido aos seus discursos biomédicos sobre a prevenção. Assim como a campanha de Dia Mundial do ano anterior, é dirigida a um público que adota comportamentos de risco e incentiva a sua testagem ao HIV, mas desta vez conjuntamente ao uso da camisinha. O MS coloca-se como aquele que “garante o teste para todos”. A PVHA, por sua vez, é entendida como alguém que, quando se testa cedo e adere ao tratamento, “pode viver com mais qualidade e proteger a pessoa com quem se relaciona”. Pela primeira vez, na série de campanhas analisadas, aborda-se a prevenção positiva – ou seja, dirigida a pessoas infectadas. Mas o discurso impõe como responsabilidade do soropositivo a prevenção do contágio ao outro. Como veremos na análise do discurso de soropositivos entrevistados, há parceiros sexuais soronegativos que, mesmo cientes do risco de infecção, preferem não usar o preservativo. A dificuldade que alguns soropositivos têm de negociar o uso da camisinha nunca é abordada nas campanhas.

Tanto esta campanha quanto a do Dia Mundial do ano anterior incentivavam a testagem como forma de melhorar a vida da pessoa (“Para viver melhor, é preciso saber”). Porém, a campanha do carnaval de 2013, também do MS, aponta para a sua impossibilidade no caso de um resultado positivo, já que “A vida é melhor sem Aids”. E, como vimos na campanha de Dia Mundial de 2012 do Grupo Vhiver, o preconceito é um dos fatores-chave que interferem nesse processo.

### **4.1.3 Campanhas da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais**

#### *4.1.3.1 Carnaval de 2010*

Segundo a SES-MG<sup>177</sup>, as ações estenderam-se por 10 dias, com o objetivo de conscientizar o adulto jovem, de ambos os sexos, para a importância do uso da camisinha. Durante os dias de carnaval foram distribuídos cerca de 500 mil preservativos e 300 mil

---

<sup>177</sup> Release disponível em: <http://bit.ly/1htlWhB>. Acesso em 06 mar 2013.

leques com o *slogan* da campanha. O material também foi encaminhado para as 28 Gerências Regionais de Saúde, que fizeram a distribuição para os municípios. Outra estratégia de conscientização utilizada pela SES aconteceu nas rádios mineiras: inserções educativas fizeram parte da programação durante todo o período de carnaval. Entretanto, não conseguimos obter este material. Também foram empregadas ações promocionais em escolas de samba, blocos de rua de Belo Horizonte e em vias de acesso às cidades do interior do estado, tradicionais em concentrar foliões. Nesses locais, foram divulgadas mensagens educativas e distribuídos preservativos. Analisaremos a arte gráfica do leque, distribuído aos foliões.



O verso do leque, em rosa, diz “Sem camisinha. Beijo, me esquece”, com o desenho de uma mão simbolizando um adeus. O outro verso, em azul, diz “Com camisinha. Beijo, me liga”, com o desenho de uma mão fazendo o gesto de um telefone. Ambas levam escrito, no canto inferior, as frases “Faça bonito no carnaval. Use camisinha.”, com as logomarcas do SUS, da SES-MG e do Governo federal.

Esta campanha filia-se à FDy, por seu discurso de prevenção. O leitor imaginado é alguém que não usa o preservativo por ter dificuldades em negociá-lo com seu parceiro. Como outras campanhas analisadas com este enfoque, ignoram-se outras motivações que levam as pessoas a desprezar a camisinha. Ao dizer “Com camisinha. Beijo, me liga” e “Sem camisinha. Beijo, me esquece”, ela prega que as pessoas devem recusar o sexo sem preservativo, afastando-se desses parceiros sexuais. Esse tipo de discurso esteve presente também, como vimos, nas campanhas do MS dos carnavais de 2009 e 2011.

A expressão “Faça bonito no carnaval. Use camisinha.” sugere que aqueles que não a utilizam (e, logo, também os infectados) são pessoas que “fazem feio”. Portanto, a SES-MG acaba por emitir juízos de valor sobre as PVHAs.

#### 4.1.3.2 Carnaval de 2011

Segundo a SES-MG<sup>178</sup>, porque a terça-feira de carnaval foi no mesmo dia em que se comemora o Dia Internacional da Mulher, decidiu-se focar a campanha de prevenção à Aids nas mulheres. O tema foi "Bote camisinha nas suas histórias de carnaval". O objetivo era incentivá-las a usarem preservativo em todas as relações sexuais. Seguiu-se o tema proposto pelo Departamento Nacional de DST/Aids, com o foco no público jovem, entre 15 e 24 anos de idade - "que geralmente se expõe mais durante a folia". As estatísticas mostravam que, no Brasil, desde 1986 tinha crescido o número de novas infecções entre mulheres. Ao todo, foram distribuídos 700 mil porta-preservativos, 500 mil leques, 300 mil volantes e 1,5 milhão de camisinhas masculinas, entregues à população por meio das Gerências Regionais de Saúde, municípios e parceiros, como ONGs (dentre elas, o Grupo Vhiver), Polícia Militar, Escola de Saúde Pública e outras secretarias. As ações ocorreram nas ruas, em bares, rodoviárias, estações do metrô e aeroportos de diversas cidades, especialmente naquelas que recebem mais foliões, como Belo Horizonte, Abaeté, Diamantina, Itabirito, Mariana, Ouro Preto, Pirapora e Tiradentes. O Grupo Vhiver foi um dos parceiros da SES-MG nesta campanha, realizando atividades em municípios da Zona da Mata, Jequitinhonha e Região Metropolitana de Belo Horizonte, distribuindo os materiais da SES-MG. Durante todo o carnaval, foi veiculado um *spot* nas principais rádios de MG e afixados *outdoors* nas principais saídas de Belo Horizonte e em municípios do interior. Tais mídias reproduziram o tema da campanha. Terminada a folia, a campanha focou no incentivo à realização do exame para diagnóstico de HIV. O material educativo exibia a mensagem "Não usou camisinha, faça o teste de Aids, sífilis e hepatites. Para quê ficar na dúvida? Os testes são gratuitos, sigilosos e seguros". Nessa fase, foram distribuídos 20 mil cartazes e 30 mil adesivos de banheiro. De todo o material de campanha, conseguimos obter as peças abaixo.

O cartaz abaixo tem como leitor imaginado pelos seus elaboradores uma mulher que não usa camisinha. Em fundo amarelo, leva como decoração bolas roxas e douradas, simulando confetes de carnaval. Em plano americano, uma jovem branca entre 20 e 25 anos de idade, sorridente, tem nas mãos duas camisinhas masculinas, uma roxa e outra dourada. Ao seu lado direito, em letras roxas garrafais, os dizeres "Bote camisinha nas suas histórias de carnaval". No canto inferior direito, as logomarcas do SUS, do Governo de Minas Gerais e do Governo federal.

---

<sup>178</sup> Release disponível em: <http://bit.ly/1dd9ctD>. Acesso em 03 fev 2013.



O segundo cartaz, abaixo, em fundo amarelo, apresenta uma mão feminina segurando dois preservativos masculinos, um roxo e o outro dourado. Na parte superior, em dourado e letras garrafais, os dizeres “Conviva com a Aids, mas viva sem ela. Saiba como se proteger e fique tranquilo.”. Abaixo, duas listas, escritas em roxo. A primeira diz: “ASSIM PEGA:/ sexo oral sem proteção/ sexo vaginal sem camisinha/ sexo anal sem camisinha/ uso de seringa e agulha por mais de uma pessoa/ transfusão de sangue contaminado/ da mãe contaminada para o filho, durante a gravidez, parto ou amamentação.” A segunda lista diz: “ASSIM NÃO PEGA:/ sexo com camisinha/ aperto de mão, abraço/ picada de inseto/ piscina, banheiro/ doação de sangue/ assento de ônibus/ sabonete, toalha, talheres e copos/ suor/ pelo ar/ beijo.” No canto inferior, as logomarcas do SUS, do Governo de Minas Gerais e do Governo federal.

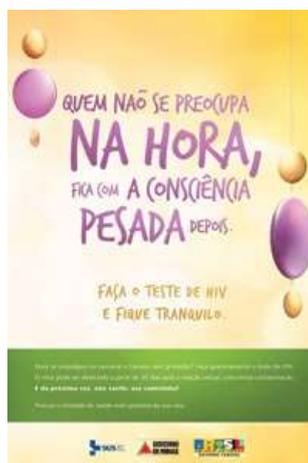


O leitor imaginado pelos elaboradores da peça acima são pessoas que não usam camisinha e tampouco conhecem as formas de contágio ou não ao HIV. Mas, como pesquisas do próprio MS mostram, as pessoas conhecem bem essas informações e, portanto, este não é o porquê de manterem comportamento de risco. A expressão “Conviva com a Aids, mas viva sem ela. Saiba como se proteger e fique tranquilo” pode dar a entender que as PVHAs são intranquilas, posto que carregam em si o motivo pelo qual as outras ficam apreensivas.

Ademais, a palavra “proteger”, no lugar de “prevenir”, pode sugerir que as PVHAs são uma ameaça, à qual devemos nos proteger com os métodos indicados no cartaz.



A terceira peça gráfica, acima, que acreditamos ser de um porta-camisinha, leva, de um lado, os dizeres amarelos em fundo roxo “Com camisinha, fujo com você”. No verso, os dizeres roxos em fundo amarelo “Sem camisinha, fujo de você”. Ela tem discursos muito próximos ao da campanha da SES-MG para o carnaval de 2010. Em ambas, os leitores imaginados pelos seus elaboradores são pessoas que não usam o preservativo porque têm dificuldade em negociá-lo com o parceiro e incentivam-nas a rejeitá-lo caso permaneça na recusa.



O terceiro cartaz, acima, em fundo amarelo, leva como decoração bolas roxas e douradas, simulando confetes de carnaval. No centro, em letras garrafais e ocupando a maior parte do cartaz, os dizeres em roxo “Quem não se preocupa na hora, fica com a consciência pesada depois.” Dessas palavras, as expressões “na hora”, “a consciência” e “pesada” foram escritas com letras maiores que as demais. Abaixo, em amarelo, e com letras menores, os dizeres “Faça o teste de HIV e fique tranquilo.”. A parte escrita na faixa verde está ilegível

pela baixa resolução do arquivo digital encontrado e, portanto, não poderá ser analisada. Ao pé da tarja verde, as logomarcas do SUS, do Governo de Minas Gerais e do Governo federal.

O leitor imaginado pelos elaboradores deste terceiro cartaz são pessoas que “não se preocupam” em usar o preservativo – podendo sugerir a leitura de que a PVHA foi alguém que não se preocupou e que tem hoje “a consciência pesada” por isso. Esta leitura entraria em contradição com a frase em seguida “Faça o teste de HIV e fique tranquilo”, independente do seu resultado. A campanha “Dois lados” do Grupo Vhiver, divulgada no mesmo ano, contrasta com este dizer também, pois sugere, ao colocar a mesma imagem da jovem para ambos os resultados do exame, que a preocupação permanece.

Todas as peças desta campanha filiam-se à FDy, por conta de seus discursos de prevenção.

#### 4.1.3.3 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2011

Segundo a SES-MG<sup>179</sup>, a campanha teve como *slogan* “A AIDS não faz escolhas, mas você pode fazer a sua. Use camisinha”. Buscou-se mostrar às pessoas que a doença atinge todos os grupos populacionais, e que, portanto, todo mundo é vulnerável. Ações como essas seriam necessárias para chamar a atenção das pessoas para a enfermidade, que embora provoque menos mortes que antigamente, ainda requer cuidados. Estimava-se que, naquele ano, tinha-se conhecimento de apenas 50% dos números da epidemia em MG, o que reforçava a necessidade do diagnóstico precoce também como forma de se prevenir a doença.

O cartaz abaixo traz, em fundo azul, a imagem de 16 pessoas sorridentes, de todos os sexos, cor de pele, e com idades entre 25 e 60 anos. No canto inferior direito de cada uma delas, os dizeres “( ) HIV +/ ( ) HIV-”, convidando o leitor a adivinhar o status sorológico das pessoas retratadas, baseando-se apenas em sua aparência. No canto inferior do cartaz, ao lado esquerdo, aparece a imagem de um parênteses. Dentro dele, uma camisinha masculina, sustentada por uma mão branca, jovem, também masculina. Do lado direito dessa imagem, os dizeres em letras garrafais “A Aids não faz escolhas,/ mas você pode fazer a sua.”, sendo a segunda linha escrita em negrito. Embaixo desses dizeres, tem-se a fita vermelha, símbolo da

---

<sup>179</sup> Release disponível em: <http://bit.ly/1ad2CB3>. Acesso em 06.03.2013.

luta contra a Aids, seguida da frase “Use sempre camisinha.”. Segue-se uma tarja branca contendo as logomarcas do SUS, da SES-MG e do Governo federal.



A frente do *flyer* abaixo leva um fundo rosa e é subdividida em três colunas invisíveis. A primeira tem os dizeres: “ASSIM PEGA/ sexo oral sem proteção/ sexo vaginal sem camisinha/ sexo anal sem camisinha/ compartilhar agulhas e seringas/ transfusão de sangue contaminado/ de mãe para o filho, durante a gravidez, parto ou amamentação/ instrumentos não esterilizados que furam ou cortam. / ASSIM NÃO PEGA/ sexo com camisinha/ suor, beijo, abraço e aperto de mão/ sabonete, toalha, talheres e copos/ picada de inseto/ assento de ônibus/ piscina ou banheiro/ doação de sangue/ pelo ar.” A segunda coluna, ao centro, leva em destaque a fita vermelha, símbolo da luta contra a Aids. Abaixo dela, as logomarcas do SUS, da SES-MG e do Governo federal. A terceira coluna traz parte da ilustração do cartaz anterior: mostram-se 8 pessoas sorridentes, de todos os sexos, cor de pele, e com idades entre 25 e 60 anos. No canto inferior direito de cada uma delas, os dizeres ( ) HIV + / ( ) HIV -”. Abaixo das imagens das pessoas, o desenho da mão segurando a camisinha entre os parênteses, com os dizeres “A Aids não faz escolhas, mas você pode fazer a sua. Use sempre camisinha.”, exatamente como descrito para o cartaz anterior. O verso do *flyer* apresenta três colunas também: as duas primeiras em fundo azul e a última em fundo rosa. A primeira coluna informa: “DADOS/ EPIDEMIOLÓGICOS/ Hoje, em Minas Gerais, temos 31.627 casos de/ AIDS notificados. A transmissão predomina entre/ heterossexuais, com o aumento considerável/ do número de casos em mulheres. A AIDS não/ escolhe raça, sexo, idade ou orientação sexual./ Não aposte sua vida. Use sempre camisinha.”. A segunda coluna informa: “DIAGNÓSTICO/ PRECOCE/ POR QUE FAZER O TESTE?/ Quanto mais cedo for diagnosticado o vírus HIV,/ maiores são as chances de monitorar a saúde e/ manter longe as

infecções oportunistas. O vírus/ HIV vai, progressivamente, prejudicando o sistema/ imunológico. Quando descoberto precocemente,/ é possível evitar que o vírus se multiplique e destrua/ as defesas do organismo, garantindo a eficácia/ do tratamento. O teste do HIV é gratuito e pode/ ser feito de forma anônima. Informe-se na Unidade/ Básica de Saúde mais próxima da sua casa.”. A terceira coluna, em rosa, informa: “DESCOBRI QUE/ TENHO O HIV./ E AGORA?/ Ao ler no teste de HIV a palavra positivo,/ o portador pode sentir sensações de tristeza e/ desesperança. Mas, antes do desespero,/ é importante saber que a AIDS tem tratamento/ e o portador pode ter qualidade de vida/ superior a de portadores de outras doenças/ crônicas que, muitas vezes, são consideradas/ até mais leves que a Aids. Manter um ritmo/ de vida saudável aliado ao uso correto de/ medicamentos complementa o tratamento.”



A peças desta campanha são atravessadas pelos discursos sobre a prevenção da FDy. O leitor imaginado por seus elaboradores é alguém que não usa camisinha e, no caso do *flyer*, alguém que tampouco conhece as formas de transmissão do HIV. Assim como a campanha ministerial do mesmo ano, as peças convidam os leitores a um jogo de adivinhação, com base na aparência das pessoas retratadas: no caso da SES-MG, se elas são ou não soropositivas; no caso da campanha do MS, se elas eram ou não preconceituosas. As imagens e o *slogan* (“A Aids não faz escolhas”), presentes em ambas as peças, e os dizeres “A AIDS não escolhe raça, sexo, idade ou orientação sexual”, presente no *flyer*, ajudam a desfazer a noção de grupo de risco, sugerindo que qualquer um pode ser suscetível à contaminação. Ao mencionar a orientação sexual, o *flyer* dialoga com a memória discursiva que associa fortemente a Aids à homossexualidade, própria do início da epidemia, para desmenti-la.

Entretanto, seu discurso é mais biomédico do que o da campanha ministerial porque, além de não abordar diretamente a questão do preconceito às PVHAs, impõe como escolha do

indivíduo a sua contaminação ou não por HIV, através do uso ou não do preservativo masculino (o *slogan* é “A Aids não faz escolhas, mas você pode fazer a sua. Use sempre camisinha.”). Portanto, a PVHA, por não ter seguido a recomendação do uso do preservativo, é tida como alguém que fez a escolha errada. Ademais, o *slogan* opera apenas com a dimensão individual do conceito de vulnerabilidade, esquecendo-se dos fatores sociais e programáticos subjacentes à adoção de práticas “de risco”. Esse *slogan* também ignora as outras formas de contágio da Aids, principalmente as que incutem a responsabilidade do Estado, como o sangue contaminado (que requer fiscalização da política de qualidade dos bancos de sangue) ou de mãe para filho (que requer a oferta de um bom pré-natal). Mesmo que abordadas no *flyer*, o *slogan* reduz a Aids à dimensão apenas sexual.

O *flyer*, assim como o cartaz, incentiva a adoção do preservativo masculino, mas também incentiva a testagem ao HIV e a adesão ao tratamento de Aids. Portanto, aborda igualmente a prevenção positiva, destinada às PVHAs: elas podem se manter saudáveis desde que se submetam ao biopoder. Porém, no *flyer* encontramos dois discursos contraditórios sobre o viver com HIV. O primeiro, negativo, é “Não aposte sua vida. Use sempre camisinha.”. Ora, isso significa que o HIV põe em risco a vida da pessoa contaminada, contribuindo para o sofrimento das PVHAs, além de ser um juízo de valor negativo sobre elas. Em contrapartida, há um outro discurso, mais positivo, sobre o viver com HIV, que visa justamente desfazer o primeiro: “Ao ler no teste de HIV a palavra positivo, o portador pode sentir sensações de tristeza e desesperança. Mas, antes do desespero, é importante saber que a Aids tem tratamento e o portador pode ter qualidade de vida superior a de portadores de outras doenças crônicas que, muitas vezes, são consideradas até mais leves que a Aids”. A forma “a Aids tem tratamento” já é um discurso mais positivo sobre a doença do que aquele empregado pelo MS como “A Aids não tem cura” ou “A Aids ainda não tem cura”.

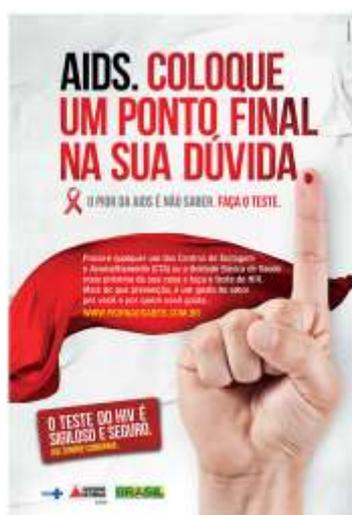
Percebe-se que a campanha, ao afirmar que o portador pode ter qualidade de vida superior a de outros doentes crônicos, tem uma mirada sobre a saúde apenas biológica, desconsiderando os determinantes sociais que afetam a saúde mental dos soropositivos, como o preconceito. A campanha de Dia Mundial de 2012 do Grupo Viver apresenta-lhe discursos opostos, mostrando justamente que os doentes de Aids se sentem pior que os doentes de hipertensão, diabetes e câncer porque, ao contrário deles, sofrem com o estigma.

Parte do *flyer*, assim como a campanha do carnaval de 2012 do MS, ao informar dados epidemiológicos sobre a Aids, acredita que, assim, conseguirá persuadir o público à mudança de comportamento. Como vimos, estratégias como esta enquadram-se na Teoria Hipodérmica e já se provaram ineficazes há muito tempo. Na segunda coluna do *flyer*, ao responder “por

que fazer o teste?”, seus elaboradores buscam convencer os sujeitos através do discurso científico sobre os efeitos do vírus no sistema imunológico. Portanto, a SES-MG coloca-se como tendo o saber-poder sobre a Aids e seus mecanismos e, logo, como a autoridade que dita o que os cidadãos devem fazer para se manterem saudáveis.

#### 4.1.3.4 Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2012

Segundo a SES-MG<sup>180</sup>, a principal estratégia da campanha foi ampliar o acesso da população ao teste rápido, destacando sua importância. Foram distribuídos panfletos informativos e veiculadas mensagens de promoção ao diagnóstico de HIV na Internet, através do *site* [www.piornaosaber.com.br](http://www.piornaosaber.com.br). As mensagens objetivavam mostrar que o teste é um processo seguro, sigiloso e acessível na rede pública. O público-alvo foi a população em geral, especialmente a que vive em situação de maior vulnerabilidade, como HSHs, travestis e profissionais do sexo. A campanha também incentivou os profissionais de saúde a recomendarem a testagem aos pacientes, independentemente de gênero, orientação sexual, comportamento ou contextos de maior vulnerabilidade. Com o *slogan* “AIDS. Coloque um ponto final na sua dúvida / O pior da AIDS é não saber. Faça o teste”, teve o intuito de instigar a busca pelo diagnóstico e sugerir que seja colocado um ponto final na dúvida, prosseguindo, finalmente, para o tratamento e a prevenção. Analisaremos um dos cartazes elaborados para esta campanha.



No cartaz acima, sobre um fundo branco há a imagem de uma mão masculina branca com o indicador direito levantado, à semelhança do que fazem os alunos quando têm perguntas

<sup>180</sup> Disponível em: <http://bit.ly/1ejt0rK>. Acesso em 06 mar 2013

ao professor. A ponta do dedo indicador tem uma gota de sangue, demonstrando que foi realizado algum exame com o uso de uma agulha perfurante. Esta gota de sangue funciona como o ponto final dos dizeres, em letras garrafais “AIDS. Coloque um ponto final na sua dúvida”. Abaixo, ainda em letras garrafais, mas em menor tamanho, os dizeres “O pior da AIDS é não saber. Faça o teste.”, sendo que a última frase leva destaque na cor vermelha. Do lado esquerdo desses dizeres, o laço vermelho que simboliza a luta contra a Aids. Perpassando toda a largura da imagem, na metade de seu comprimento, um pano esvoaçante vermelho, que leva sobredito os dizeres em branco: “Procure qualquer um dos Centros de Testagem/ e Aconselhamento (CTA) ou Unidade Básica de Saúde/ mais próxima da sua casa e faça o teste de HIV./ Mais do que prevenção, é um gesto de amor por você e por quem você gosta.” E em letras garrafais, em amarelo, o endereço do *site* da campanha. No canto inferior esquerdo, uma traja vermelha com os dizeres garrafais, em branco: “O teste do HIV é/ sigiloso e seguro.”. Abaixo, em letras garrafais, mas menores e em amarelo: “Use sempre camisinha.”. Ao pé desta tarja, as logomarcas do SUS, da SES-MG e do Governo federal.

Esta campanha também se filia à FDy, pelo seu discurso sobre a prevenção. Dirigida às pessoas que adotam comportamentos “de risco”, incentiva-lhes a testagem e o uso de preservativo. Esta campanha dialoga com as campanhas do MS feitas também para o Dia Mundial de 2012 e 2013, ao afirmar que é melhor para o indivíduo conhecer seu status sorológico. Repare como os discursos destas três campanhas são próximos: “Coloque um ponto final na sua dúvida. O pior da Aids é não saber. Faça o teste”; “Não fique na dúvida, fique sabendo. Faça o teste”; “Para viver melhor, é preciso saber”.

Assim como a campanha do MS para o Dia Mundial de 2013, esta peça da SES-MG associa a realização do teste de HIV ao amor e ao cuidado a si e aos outros, ao dizer “Faça o teste. Mais do que prevenção, é um gesto de amor por você e por quem você gosta.”. Entretanto, como veremos na análise dos discursos dos soropositivos, discursos como este provocam-lhes sentimento de culpa, caso tenha-se contagiado outra pessoa.

#### 4.1.3.5 Carnaval de 2013

Segundo a SES-MG, a campanha tinha como *slogan* “Nesse Carnaval, se prepare que eu vou usar!”. Todo o material de divulgação foi idealizado com foco na necessidade do uso do preservativo, para os foliões se divertirem com segurança. A ação contava com postais,

abadás, adesivos, *outdoor*, mídia digital em vários portais eletrônicos e mídia nas rodoviárias e metrô, além de uma marchinha de carnaval sobre o tema, divulgada em rádios por todo o estado. Analisaremos este *jingle* (disponível no CD como arquivo intitulado “Jingle”<sup>181</sup>) e dois cartazes. A seguir, a transcrição da letra do *jingle*:

[*Cantores homens*] Eu vou usar, Eu vou usar, Eu vou usar/ Camisinha, se prepare, que hoje eu vou usar/ Carnaval a esquentar/ E no meu bolso eu vou levar/ Camisinha, se prepare, que hoje eu vou usar/ [*Narrador*] Camisinha foi feita para usar. Se o clima do carnaval esquentar, tenha uma sempre à mão e previna-se contra a Aids. Saúde. Governo de Minas./ [*Cantores homens*] Camisinha, se prepare, que hoje eu vou usar!



O cartaz acima leva, como pano de fundo, a imagem de três tintas (verde, azul e rosa) derramadas sobre um fundo branco. A tinta azul ocupa a maior parte central do cartaz. Sobre ela lê-se: “No carnaval, dançar, pular/ e se divertir está liberado!/ Só não vale deixar de usar/ camisinha. Use camisinha/ e caia na folia!”. No canto inferior, uma tarja branca que leva as imagens, uma ao lado da outra, da esquerda para a direita, de: respingos de tinta colorida; uma mão masculina segurando um preservativo masculino; os dizeres “carnaval 2013” e, abaixo deles, as logomarcas do SUS, da SES-MG e do Governo federal.

O segundo cartaz abaixo leva, como pano de fundo, imagem de várias camisinhas masculinas coloridas. No centro, em uma tarja branca transparente, os dizeres “Vai curtir o carnaval?/ Então não estrague a/ brincadeira:/ use camisinha!”, sendo esta última linha escrita em vermelho. No canto inferior, a mesma tarja branca do cartaz anterior.

<sup>181</sup> Disponível também em: <http://bit.ly/NWGW4e>.



Todas as peças desta campanha são atravessadas pelos discursos de prevenção, de incentivo ao uso do preservativo, característicos da FDy.

A frase do *jingle* “Camisinha, se prepare, que hoje eu vou usar” incentiva o homem a usar o preservativo masculino e, desse modo, facilita às mulheres a negociação da prevenção. Mas, ao mesmo tempo, faz alusão a um bordão machista que o personagem coronel Jesuíno dizia à sua esposa Dona Sinhazinha (“Se prepare que hoje eu vou lhe usar”) na minissérie *Gabriela*, ao ar na TV Globo na mesma época da campanha. Tal *slogan* sugere a leitura de que os homens devem, sim, negociar o uso do preservativo, mas não há necessidade de negociar a transa. Ademais, no *jingle* percebe-se que a SES-MG considera como causa principal ao não uso do preservativo o esquecimento das pessoas de leva-lo consigo (“Camisinha foi feita para usar. Se o clima do carnaval esquentar, tenha uma sempre à mão e previna-se contra a Aids.”). Entretanto, há outras causas em jogo na resistência à camisinha, como vamos perceber através da análise dos discursos dos soropositivos entrevistados. Além disso, a expressão “Camisinha foi feita para usar” conota um tom de impaciência.

Esse mesmo tom de impaciência é novamente observado nos dizeres do segundo cartaz: “Vai curtir o carnaval? Então não estrague a brincadeira: use camisinha!”. É o discurso disciplinar da Aids, em sua faceta repreensiva, e que também acaba por emitir um juízo de valor negativo sobre os que se infectaram.

No primeiro cartaz, lê-se “No carnaval, dançar, pular e se divertir está liberado! Só não vale deixar de usar camisinha.”. A expressão “está liberado” remete-nos a um discurso jurídico, sobre o legal e o ilegal. O não uso do preservativo acarretaria, desse ponto de vista, uma violação às regras e estaria enquadrado no campo do proibido. A SES-MG coloca-se, portanto, como reguladora do permitido e do proibido, e a PVHA é entendida como uma transgressora. Ao mesmo tempo, por esses dizeres, o sexo sem camisinha não é tido como

possível de ser divertido – o que não é verdade para boa parte da população, como veremos na análise dos discursos dos soropositivos entrevistados.

#### **4.1.4 Síntese da análise sobre as campanhas**

A formação discursiva predominante nas campanhas do Grupo Vhiver é aquela que pede pelo fim do preconceito às PVHAs. O leitor imaginado pelos seus elaboradores é, majoritariamente, alguém que não é preconceituoso às PVHAs ou que, quando é capaz de sê-lo, pode revertê-lo ajudando os soropositivos através de uma doação ao Grupo Vhiver. O soropositivo é concebido como alguém que, todos os dias, é vítima da discriminação e do preconceito, tanto da sociedade em geral quanto dos próprios amigos e familiares. O Grupo Vhiver posiciona-se como uma instituição que os apoia na luta contra o preconceito. Mas, ao mesmo tempo, percebe-se nas peças que não há um “nós” formado por esta OSC e os soropositivos conjuntamente, mas sim a separação entre os dois – resultando, na maioria das suas campanhas, na colocação do soropositivo como objeto, e não sujeito, de discurso.

As campanhas do MS foram as que mais se filiaram a formações discursivas distintas. A mais predominante foi a FDy, na qual estão os discursos biomédicos da prevenção. Entretanto, houve também, ainda que em menor número, campanhas que abordavam o preconceito e o estigma a PVHAs. Na série analisada, foi a única instituição que abordou o preconceito aos LGBTs. Percebe-se que o MS luta para desconstruir discursos que muitas vezes ajudou a propagar no início da epidemia, como a noção de grupos de risco (hoje, substituída pela de vulnerabilidade) e a ideia de serem as PVHAs fadadas à morte e ao isolamento.

Notou-se que as campanhas do MS de Dia Mundial de Luta Contra a Aids buscam retratar positivamente a PVHA, como alguém que pode namorar e transar, desde que com camisinha (campanha do Dia Mundial de 2009), que é igual a outra qualquer, que ama a família e os amigos, que sente emoções boas e tristes, que supera desafios (campanha do Dia Mundial de 2010), que trabalha e tem qualidade de vida (campanha do Dia Mundial de 2012), principalmente se fizer o teste cedo e se tratar, protegendo, assim, também o parceiro (campanha do Dia Mundial de 2013).

Nas suas campanhas de carnaval, entretanto, surgem possibilidades de leitura que emitem juízo de valor negativo sobre as pessoas que não seguem as recomendações sanitárias – logo, sobre os que “se deixaram contaminar”. Eles são vistos como imaturos, sem consciência, inseguros, que não estão “à altura” (campanha do carnaval de 2009), uma ameaça (campanha do carnaval de 2012), que devem tomar remédio a vida inteira (campanha do carnaval de 2013). Portanto, aqueles que não se submeteram ao biopoder antes terão de se submeter a novas biopolíticas se quiserem sobreviver.

O leitor das campanhas do MS imaginado pelos seus elaboradores são, principalmente, pessoas que não usam camisinha (porque esquecem, porque não têm poder de negociação, porque atribuem ao outro o papel da prevenção, ou porque acreditam na fidelidade). Prega-se, na maioria das peças, o uso da camisinha em toda e qualquer relação sexual. Não se reconhecem como legítimos, portanto, motivos outros que levam os sujeitos a não adotarem o preservativo. Ele é um acessório importante no combate à epidemia de Aids e seu uso deve, claro, ser estimulado. Entretanto, é necessário estar atento a significações outras que ele carrega em nossa cultura: o modelo monogâmico de relações afetivas reconhece as pessoas que o utilizam como “infieis”; quem insiste em seu uso também é julgado como “infectado” – uma identificação desagradável porque, como vimos, traz estigmas.

Todas as campanhas analisadas da SES-MG filiam-se à Formação Discursiva “y”, na qual estão os discursos biomédicos da prevenção. Mesmo nas campanhas de Dia Mundial de Luta Contra a Aids, data propícia à abordagem do preconceito e estigma vividos pelas PVHAs, priorizou-se o discurso de incentivo ao uso da camisinha, cujas possibilidades de leitura emitem, inclusive, juízo de valor negativo sobre os que não aderiram a ele, e por isso, se infectaram. São tidos como pessoas quem “fizeram feio” (campanha do carnaval de 2010), de quem devemos nos “proteger”; pessoas que não se “preocuparam” e, por isso, têm a “consciência pesada” (campanha do carnaval de 2011), que fizeram “a escolha errada” e “apostaram sua vida” (campanha do dia mundial de 2011); que não “se cuidaram” e nem “aos outros que amam” (campanha do dia mundial de 2012), que transgrediram o que “está liberado” e “estragaram a brincadeira” (campanha do carnaval de 2013). Os discursos mais autoritários de prevenção foram encontrados nas campanhas da SES-MG.

Fica-nos claro o porquê de o Grupo Vhiver, ano após ano, insistir em campanhas que abordem o preconceito às PVHAs: há resistências de certos sujeitos em sociedade identificados com discursos outros sobre os infectados, alguns dos quais estão presentes nas

campanhas de prevenção à Aids – mesmo que não tenha sido intencionado pelos seus elaboradores.

Nenhuma campanha de prevenção, mesmo quando dirigida às mulheres, abordou o uso do preservativo feminino, a PEP (profilaxia pós-exposição) ou a circuncisão masculina – métodos preventivos encorajados pela UNAIDS. Ademais, não reconhecem como legítimas outras formas de prevenção, adotadas pelos sujeitos em suas cotidianidades, como o *serosorting* (transar sem camisinha apenas com parceiros sexuais que tenham se testado recentemente negativos ao HIV), a segurança negociada (transar sem camisinha apenas com o parceiro fixo; com outros parceiros casuais, usar o preservativo), o soroposicionamento (admitir receber sexo anal sem camisinha apenas com pessoas testadas negativas ao HIV recentemente) ou a compensação de risco (fazer sexo com camisinha apenas na penetração, mas não no sexo oral ou na masturbação).

Os discursos de prevenção à Aids, tanto do MS quanto da SES-MG, mesmo ao abordar as formas de contágio por HIV através de listas como “Assim pega/ Assim não pega”, priorizam a via sexual. Assim, responsabilizam o indivíduo pelo cuidado à sua saúde e à dos demais, silenciando-se sobre as formas de transmissão que incutem a participação efetiva do Estado, como na transmissão vertical (pois requer a oferta do pré-natal) e por meio de transfusão sanguínea (pois requer fiscalização dos bancos de sangue).

O MS e a SES-MG exercem o biopoder ao disseminar informações sobre o HIV/Aids que julgam ser as mais corretas, dado que científicas, através de suas campanhas e, assim, formam parte da estratégia de disciplina dos corpos e de vigilância da população adotada no Brasil para o combate à epidemia.

## 4.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS DOS SOROPOSITIVOS

A análise discursiva das quatro entrevistas com soropositivos teve como objetivo principal descobrir em que medida as posições-sujeitos a que eles aderem aproximam-se ou afastam-se dos discursos das campanhas analisadas no subcapítulo anterior, a fim de compreender por que, apesar dos esforços comunicacionais, elas ainda encontram resistências dos sujeitos em sociedade. Ao longo desta análise, transcreveremos aqui trechos das entrevistas, em que “S.” é a pesquisadora e “A.”, “F.”, “G.” e “J.” são os entrevistados. As

barras servem para mostrar a passagem da fala do entrevistado para a da pesquisadora. O que estiver entre colchetes são observações nossas, para facilitar o entendimento do leitor sobre o diálogo travado.

Busquemos, primeiramente, entender como o discurso biomédico da prevenção, predominante nas campanhas, ressoa nas falas dos soropositivos. Em seus depoimentos sobre como se infectaram, os entrevistados dialogam permanentemente com uma memória discursiva de associação da Aids à promiscuidade - característica das primeiras campanhas de prevenção à síndrome, que estimulavam a redução do número de parceiros sexuais. Em alguns momentos, é para contestá-la, afirmando terem contraído o HIV de parceiros fixos e lembrando-nos que há os usuários de droga também. Outras vezes, é para confirmá-la:

A: tem dois irmão meu que andava comigo, nós ia muito em putaria em Juiz de Fora, nós virava a noite no motel ali, gastava um salário cada um. [...] Um salário bebendo... é... pra nós zuar, fazia um monte de festa nós dois. E ele, num pegou ele [HIV]. Eu que peguei o troço dentro de casa. Muita sacanagem, Nossa Senhora Aparecida./ S: E lá, onde cês iam pra putaria, também num usava camisinha não? / A: Usava não, uai, usava não.[...] As muié era limpinha lá.

F: Após ter separado, eu conheci depois de cinco anos uma pessoa na minha vida, que fora ela que me passara o HIV. Porque até então, ele tinha dito que tinha parado de usar droga porque ele tinha até secado já as marcas na veia dele. Hoje em dia não tem isso mais, não usa mais esse tipo de droga, agora trocaram pelo crack. E aí eu ainda era, assim,... ignorante no assunto de drogas, porque eu nunca tinha tido visto ninguém usar, e nem pratiquei o uso dela. Então, entrei no navio de gaiato, no navio, né? [risos]

F: Então, eu já tinha quase certeza, 90% eu sabia que eu tava [com HIV]. Mas você chegar assim e ouvir da médica é realmente um baque, um choque muito grande, e eu tive uma vida, eu não era uma pessoa promíscua, eu era uma pessoa até muito reservada.

F: Porque tem pessoa que tem o vírus HIV, se ele usa droga injetável, o outro que não tem o vírus pratica, no nariz, seja o que for, se tiver algum machucado, ele vai pegar mesmo se ele não é promíscuo, vai pegar de outros métodos, de outro jeito.

F: Então, se descobrir a cura [da Aids] fica melhor ainda, porque aí todo mundo, aí ninguém mais vai ter vida promíscua, todo mundo vai... [risos]. Eu acho que eu não sei se eles vão voltar a fazer [a ter vida promíscua], porque isso [a Aids] foi mais por causa da promiscuidade sim, porque não é só pela droga que é transmissível. Então, quer dizer, não é por aí né, a situação do HIV. Há vários outros tipos de coisas [formas de transmissão]

F: quem sabe agora através do ser humano possa mudar o ritmo de relacionamento também né. Talvez seja isso, o amor possa falar mais alto né.

Alguns dos soropositivos entrevistados infectaram-se ao não usar a camisinha por terem julgado, pela aparência, que o parceiro sexual não estava contaminado. Como vimos, a

campanha de Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2011 da SES-MG buscava justamente combater isso:

A: Ah, [eu não usava camisinha] porque achava que não tinha é nada. [...] e ela também não tinha nada. / S: E também não gostava da camisinha?/ A: Não, gostava não. Nunca usei camisinha muito tempo não./ S: Nunca usou, né?/ A: Não. Então tá então, pra mim tá limpinho, pra mim não tinha nada não.

F: Porque na questão de algumas horas de conhecimento [de paquera] você não vai saber se a pessoa tem a doença [Aids] ou não, e pode haver uma afinidade no momento ali, causar uma atração física e, de repente, se ela tiver com baixa imunidade ela pega. Porque agora foi constatado que se ela estiver com a imunidade boa, né, ela não pega AIDS no relacionamento só sem camisinha, só se tiver outras vezes.

Uma soropositiva levanta alguns dos motivos pelos quais as pessoas, em geral, não utilizam o preservativo – parte deles subestimados pelas campanhas de prevenção ou não reconhecidos como legítimos pelas suas instituições elaboradoras. Dentre eles estão o ideal de fidelidade, a vontade de ter um filho, o fato de o preservativo retirar o prazer, dar a sensação de castração para quem o está vestindo ou não ser algo natural:

F: Então, eu acho melhor a pessoa se prevenir, o preservativo é uma forma de se ter um sexo saudável, tranquilo, harmonioso. Eu, pessoalmente, nunca achei que atrapalhou em nenhum relacionamento de prazer não. Se alguém fala que tem [problema para sentir prazer com camisinha], talvez, porque sente que está tirando aquilo que a natureza deu né? Mas eu acho que se fizer com carinho, e usar o preservativo direitinho, ela não perde o prazer de sentir da mesma forma que faz sem, não. Pode ser uma opção do casal né, mas que pra mim... a não ser que pro homem, porque o preservativo masculino tem aquela sensação de fechar todo o membro, se sinta podado. Mas eu acho que pra mulher não, pelo menos para mim. Mas também usei o preservativo feminino, e isso dá uma sensação de frustração, como o homem diz que dá. Mas, pra mim, que já transei sem camisinha quando era nova e transei com camisinha [masculina] depois, não senti diferença, não. Acho que o sexo é muito mais mental do que física. Se você tiver com a mente aberta para o seu parceiro, não tira o seu prazer não, o orgasmo não. Eu não sei, ninguém é igual a ninguém, mas na minha pessoa pelo menos, não houve diferença.

F: Eu faria o seguinte [hoje, se não fosse soropositiva]: eu teria um relacionamento com uma pessoa 1 ano usando os métodos de preservativo. E como a gente vai convivendo, se conhecendo, se relacionando pra ter uma vida de fidelidade, afinidade, a gente morar junto, que o final disso tudo é o ficar juntos. Depois de um certo tempo, faria, os dois fariam exame para constatar realmente, uns 2, 3 exames, até 4, pra confirmar realmente [se tinha DST]. Se não houvesse nenhum meio, porque tem a hepatite, tem outros tipos de vírus, de doenças que pega, que são transmitidas pelo sexo. Ai sim, se não tivesse nada, o médico fala “tá tudo ok com o casal, pode ser feliz para sempre”, não usaria [camisinha]. Mas, se ele falasse “há algum problema, há alguma... duvidazinha, tem algum tipo de doença que os dois têm que fazer um tratamentozinho”, que às vezes até nos relacionamentos pode pintar algum tipo de doença que é transmissível, um parceiro tem que tomar remédio, e o outro também tem? Então, procurar um tratamento preservativo até que houvesse certeza. Depois dali com certeza o casal queria ter filho, então ficaria tranquila, e poderia ter uma vida saudável.

O discurso biomédico de prevenção das campanhas analisadas ignora, portanto, sentidos atribuídos ao uso da camisinha que levam os sujeitos a não aderirem a ele. Um deles

é de que a pessoa utiliza camisinha porque é infiel, principalmente em uma sociedade onde sua função contraceptiva é substituída por outros métodos, como a pílula anticoncepcional:

S: E antes você não usava camisinha porque naquela época... como era a questão? Existia a camisinha? / F: Não sei, eles falam que mesmo na época, há muitos anos atrás, na época eu acho que do meu pai, eles falavam em preservativo, mas eu acho que era muito pouco falado, muito pouco colocado, assim, a mercê da pessoa, nas farmácia. Era tudo a base de fazer as coisas escondidas, porque eu acho que naquela época os casamentos eram muito certos, muito corretinho, e se o homem viesse a fazer algo [viesse a ter relações extraconjugais], as pessoas usavam um método assim, né?, para não engravidar. Porque, naturalmente, ia saber que era filho de fulano, ia saber que colocou, traiu né a pessoa. Hoje em dia não tem mais isso, tem outros meios, tem vários métodos de evitar, anticoncepcional, umas pilulazinhas que você coloca, injeção, aquela fertilidade em vitro, que eu não sei como que é, que a pessoa toma em dias férteis, você não tem aquele momentinho ali mais dos dois, porque você tem que evitar, se estiver no dia fértil não pode ter sexo porque o seu útero tá preparado para a fecundação. Então, acho que tem muitos meios né de evitar, não sei.

Outro sentido atribuído à camisinha é a identificação de quem insiste em seu uso como alguém infectado. Alguns soropositivos deixam de usá-la por medo de terem seu status sorológico desvendado e, assim, de perder a pessoa amada:

A.: Eu morava com uma mulher que me botou isso [Aids] dentro de casa. Uma mulher minha, que eu morava com ela. / S: E você sabia [que ela tinha Aids]? / A: Sabia não! Sabia não! Eu via ela tomar remédio e perguntava pra ela "Cê tá tomando remédio pra quê?". "Pro estômago! Tomo remédio pro estômago."

A: Não, num falo nada não [pras pessoas com quem vai transar que tem Aids]. As pessoas que quiser usar camisinha, tudo bem. Agora, se não quiser usar, também num falo nada não. Pode pôr se quiser; se quiser usar camisinha, usa, porque senão vai complicar [...] porque até falando disso [camisinha] pras pessoas eu num falo "Eu tenho... sou soropositivo"

Outro motivo pelo qual alguns soropositivos não utilizam a camisinha é a própria negação da doença, como revelam os trechos abaixo:

A: [Uso a camisinha] Sempre não... De vez em quando eu uso... [...] Uma vez ou outra num tá com vontade de usar [...] / S: E quando você não tá com vontade de usar? E por quê? / A: Porque eu penso errado. Porque "num tô doente, deixa pra lá; num tô doente, deixa pra lá"

F: porque a pessoa que tem o vírus, algumas se preservam para não passar para os outros, mas alguns até finge que não tem pra não ter que saber que tem, e vão passar pra outros que também, que não têm nada a ver com isso, têm um meio, um método de vida completamente diferente daquilo que ele tem.

Alguns soropositivos têm dificuldade de negociar o uso do preservativo mesmo com parceiros para os quais revelaram o status sorológico. Abaixo, um deles diz que prefere usar a camisinha, até para não se infectar novamente, mas que a parceira a rejeita porque acha que o preservativo incomoda:

A: Igual a mulher com quem eu durmo com ela hoje. Ela pegou de mim. [...] Foi, e pegou porque quis mesmo, porque eu falei pra ela "você sabe que eu sou soropositivo,

né?" [...] Sabia! aí eu falei "vamo botar camisinha". "Aí ela disse "Camisinha machuca muito". Aí falei "vamo sem camisinha, então". Fomos, então, e fizemos. Teve coragem... Tem coragem tem 6 anos. [...] Ah, é difícil usar [camisinha]. A gente usou uma vez só lá, ela não quis usar nunca mais. Ela não quis usar mais, e pra mim... Falei "então tá, então vai sem medo de pegar vírus", porque é certo que depois ele vai e mata a gente mais rápido, né?/ S: Mas aí você pensando assim "ah, eu acho que mata", mas quer continuar sem camisinha?/ A: Não, isso aí num quero não. Eu quero usar camisinha com ela também. Eu falei com ela "vamo começar a usar camisinha direto", porque senão vou embora. [risos] Aí complica, né. Pode ficar sem camisinha não.

Em alguns casais soroconcordantes, mesmo com a possibilidade de reinfecção, a negociação do preservativo também se torna difícil, justamente porque se julga que já se tem o vírus:

S: E aí quando cê tá com uma pessoa que já tem Aids normalmente não usa camisinha porque a pessoa não quer?/ A: É, não quer, não quer. "Ah, num vou usar não porque já tenho [HIV] mesmo, então vão fazer por aí, vai de qualquer maneira mesmo". Aí eu caio na onda dela e faço de qualquer maneira.

Portanto, esses são desafios ao discurso biomédico de prevenção das campanhas, principalmente àqueles que colocam como responsabilidade da PVHA o cuidado de si e do outro. Tal discurso gera-lhe pelo menos dois conflitos. O primeiro deles é na forma da lei: é esse discurso de responsabilização da PVHA pela saúde do restante da população que subjaz a criminalização da transmissão do HIV, com a qual as PVHAs têm se preocupado:

A: Eu acho que complica [eu não usar camisinha], porque a pessoa pode me levar na justiça, aí fode eu

O segundo conflito consiste em que, ao pregar à PVHA o uso da camisinha como forma também de demonstração de amor a si e ao outro, esse discurso biomédico de prevenção gera-lhe sofrimento, arrependimento e sentimento de culpa quando contamina alguém. Abaixo, alguns trechos que ilustram esses sentimentos negativos:

A: Mas isso aí [não usar camisinha] é um problema sério, porque, porque, é... porque prejudica os outros. Sabe, pessoas quem não tinham nada pegam Aids, pegam da gente

A: Por mim eu me arrependo também, mas eu mais me arrependo pela minha muié, né. Muié bonita, bonitona ela, ficar doente [de Aids] aí de bobeira, né. Eu arrependo de ter botado isso [HIV] nela. Queria botar não.[...] Eu num queria ter botado isso nela não, tadinha dela. Ela nunca reclamou nada comigo também não, mas eu sempre... eu sempre vejo um paradeiro no olho dela. No olho dela eu vejo, assim, que tá machucando ela. [...] É. Aí ela "num tem problema não". Num tem problema, mas eu sei que tem problema. "Num tem problema não". Num quis prejudicar eu nada não, mas sei não. Fiquei com uma pena dela danada de ter botado isso [HIV] nela.

Em contrapartida, em alguns casais sorodiscordantes, é tido como prova de amor deixar-se infectar com o HIV, desafiando esse discurso da prevenção como símbolo de amor e cuidado, típico das campanhas:

A: Até porque... [pausa curta] acabou ela me mostrando que gosta de eu. Porque pra quem gosta, diante do cara, tudo é válido, inclusive pegar o HIV.

Vimos que algumas campanhas do MS e da SES-MG incentivavam a testagem ao HIV como forma de a pessoa tirar sua dúvida sobre seu status sorológico e, assim, “ficar tranquila”. Entretanto, o discurso dos soropositivos aponta para a impossibilidade mesma de ficar sereno diante de um resultado positivo, porque se identificam com toda uma memória discursiva do início da epidemia sobre a letalidade da Aids. Abaixo, trechos de algumas entrevistas que o ilustram:

A: Aí chegou em casa eu disse pra Mailza "o que que eu tenho que eu não tô sabendo?". Ela falou "vou te falar, mas você vai passar mal". Falei "eu não passo mal não". Contou pra mim [que tinha Aids] e não é nada. Pra mim até hoje eu fico sem entender nada! [...] Não caiu a minha ficha até hoje. Pra mim num tem nada.

A: [Ele, dialogando com os filhos, disse] "Seu pai assim, minha filha, seu pai [inaudível] Deixa aqui. Esquece seu pai. Seu pai vai morrer, mas você quando chora não me faz feliz". Peguei ele e falei assim "Você vai me perder, bobo". Num falei com com raiva, não, falei só "você vai me perder. A perna, ó" [Mostra uma doença oportunista que estava se manifestando em sua perna]. "Não! Você não vai morrer não! Vai morrer não!" [disse o filho].

F: se teve uma causa de algum, de alguém que causou essa doença [Aids], que a gente não sabe como, e essa doença ela, ela está proliferando, e ela está prejudicando, e ela traz a morte, a consequência da morte.

A Aids paira sobre eles como uma doença tão cruel que alguns soropositivos entrevistados usam eufemismos para se referirem a ela ou simplesmente não a nomeiam:

A: Eu morava com uma mulher que me botou *isso* dentro de casa.

F: Aí, foi quando deu na quarta [vez que fiz teste] que eu estava [com Aids].

Para os entrevistados, a vida piorou depois do diagnóstico, por diversos fatores, havendo um “antes” e um “depois” do resultado do exame ao HIV:

A: A vida da gente é boa demais, mas depois Deus põe umas pedra aí na vida da gente. A minha vida era boa demais

A: [A Aids] Fudeu tudo a vida da gente.

F: Eu trabalhava, estava separada, mas eu tinha um objetivo, eu tinha um desejo de trabalhar e conseguir fazer um curso, uma profissão, não precisava ser até universidade não, mas um curso que eu pudesse ter um ganho meu, pessoal. Eu sempre fui uma pessoa que sentia vontade de ser independente, mesmo de um... companheiro, que fosse um trabalho com ganho meu, pessoal, e tinha sonhos para o futuro. E isso [a Aids] me frustrou muito, eu sempre me senti completamente podada em todos os meus sentidos de vida, em relação ao sentimental, ao profissional, como mãe...

Nas campanhas do MS e da SES-MG, incentiva-se a testagem ao HIV como forma de se garantir uma vida melhor, posto que o soropositivo passará a monitorar sua saúde e, se

necessário, iniciar o tratamento. Alguns soropositivos identificam-se com essas campanhas que lhes sugerem aderir ao tratamento (este, uma forma de biopoder sobre o seu corpo) porque atribuem a ele a possibilidade de estarem vivos:

A: Esqueço não [de tomar remédio para Aids]. Esqueço não. Remédio é muito difícil esquecer. Remédio faz parte da minha vida esse remédio agora, porque nossa senhora aparecida, se eu ficar sem ele eu num durmo de noite. Se eu deitar sem ele, tem que levantar e tomar ele. Porque sem ele eu num tava vivo. Tomo 6 da manhã e 6 da noite.

Porém, muitos remédios têm efeitos colaterais fortes, contribuindo para que os soropositivos abandonem o tratamento da Aids. Eles não são abordados nas campanhas de prevenção dirigidas às PVHAs provavelmente para não criar uma contra-identificação prévia do paciente com o tratamento e para não desencorajá-lo. Entretanto, percebemos que não é tão simples seguir as recomendações da campanha de se tratar para ter uma melhor qualidade de vida. Abaixo, alguns trechos que ilustram essa dificuldade:

A: A garganta ficava doendo quando eu engolia [o remédio para a Aids], vomitava demais da conta na época. Sentava, engolia e vomitava ele. [...] Eu vomitava ele e tomava ele de novo.

F: Eu acabei o tratamento, mas ultimamente eu tenho ficado um pouquinho sem objetivo, porque como eu estava te dizendo, está me deixando um pouco cansada, sabe? Eu não deixei de praticar pelo menos um lazer, que eu não vou deixar, meu médico sabe, pode ser ruim, pode ser, pode destruir células, mas a minha cervejinha de vez em quando é a única coisa que eu tiro para espairar um pouquinho e eu faço.

F: Deu [vontade de abandonar o tratamento]. Porque o AZT ele interferiu na parte da vesícula, porque eu já tinha problema de falta de, eu tinha um intestino regular, e alterou muitíssimo. Então, aquilo começou a me incomodar demais da conta, e eu tive que chegar a falar com o doutor Kalil, que quando eu pedi para ele começar o tratamento com os remédios, as pessoas que já estavam começando falaram que dava umas reações horríveis até o organismo acostumar. Eu disse para ele: “olha doutor, eu estou sentindo essa situação, dificuldade de não conseguir me alimentar porque estou tendo problema de ir ao banheiro, né, fazer as minhas necessidades fisiológicas. Então, está me dando uma sensação de peso, muita dor no estômago, fortíssima, passei muito mal quando vou me alimentar”. Aí ele pediu os exames e constatou que eu estava com pedra na vesícula. Aí foi quando eu fiz, eu falei com ele “então tá, ou eu faço a cirurgia ou vou largar [o tratamento], porque estou passando muito mal”. E aí ele aceitou, aceitou porque ele viu que eu estava decidida a não tomar [remédio para Aids] por causa disso, porque era realmente o remédio que estava me dando essas reações. Aí, como médico, né, a opção maior agora, o interesse agora é o remédio né. Aí eu fiz a cirurgia.

Da mesma forma, muitos soropositivos não seguem as recomendações das campanhas para se tratarem e desistem de viver porque entram em depressão:

F: o [meu] parceiro ficou, entrou em depressão total, não quis tomar remédio [para Aids], em um ano ele faleceu. Ele não quis tomar o remédio, entrou em depressão fortíssima.

Mesmo quando aderem ao tratamento, surgem doenças que lhes dificultam a vida – já tolhida pela discriminação. Abaixo, um trecho de um soropositivo cuja perna fora afetada por uma doença oportunista, prejudicando a locomoção. Ele precisava utilizar o transporte público, mas enfrentava dificuldades porque não tinha quem pudesse lhe acompanhar e porque os motoristas dos ônibus não lhe eram solidários:

A: Aí o motorista pegou e depois não queria me carregar eu. Aí entrei dentro do ônibus, tava chovendo, "ah [inaudível] num vai dar pra nós te levar não". Falei "Cê tem que me levar! Porque eu num vou sair no meio da chuva não". E do "num vou levar- me leva-num vou levar- me leva" [inaudível], acabou que eu disse pro motorista "se ocê num me levar, eu num desço. Pode chamar quem quiser que eu num desço." [...] Me levou em casa, mas depois num deixou eu entrar no ônibus de jeito nenhum. [...] porque precisava de ter acompanhante, eu num tinha acompanhante aí nessa época, falei "pelo amor de deus".

A seguir, outros trechos em que uma soropositiva mostra os problemas de saúde decorridos da Aids, mesmo quando tratada, além de problemas financeiros e de dificuldade em manter como segredo seu status sorológico, dado que a ida a locais de atendimento a soropositivos, como o SAE e OSCs, denunciam-no.

F: Mas... a gente tenta levar com bastante otimismo, mas nem sempre você está bem. Que tem altos e baixos na vida da gente, né? E a gente vai levando, fazendo o controle direitinho, tomando os remédios, alimentando de uma forma correta, e tentando segurar a onda, mas não é uma coisa bastante saudável como diz que se vive bem. Eu, particularmente, tive momentos bons, mas vai chegando um certo tempo e você vai cansando de tomar o remédio, porque ele vai te dando uma certa indisposição, né? E seus trabalhos também, sua vida individual, sua vida privada, já fica, não fica mais aquela vida privada porque você tem outros contatos com outras pessoas, o trabalho em si, você não pode ter uma vida independente como antes, você tem que ter sempre uma boa alimentação e nem sempre você tem o dinheiro ali na hora. Então, a doença varia em vários tipos de órgãos no corpo da gente, pneumonia, tuberculose, é... como é que chama? É... toxoplasmose, a minha atacou o fígado, porque naturalmente já teria uma parte frágil que eu já bebia antes de ter esse problema da doença eu já gostava de tomar cerveja, bebidas assim que jovem geralmente gosta né? Então, já tinha aquela parte do fígado frágil, então peguei uma Hepatite C, naturalmente, foi assim, não sei se transmit... até hoje eu não consegui identificar se foi pego com sexo ou beijo, alguma coisa assim.

F: porque hoje em dia os tratamentos de, de, de, de coquetel não é mais como no foi começo, que você adoecia. Você tem uma vida longa e saudável... se tiver uma situação financeira boa, porque com o tempo, o tipo de coquetel, você tem que ter uma alimentação, qualquer ser humano tem que ter uma alimentação saudável, mas o soropositivo tem que ter dobrado. Porque o remédio ele consome muito muito a nossa saúde em relação ao líquido do corpo, problema de estômago, algumas coisas, vista, unha, essas coisas, por causa do remédio, você tem que dobrar o tipo de verdura, alimentação, cereais, etc. Uma dieta com uma nutricionista para que você possa ter uma alimentação bem, para você segurar o..., ele reagir em relação ao remédio, como se tivesse sendo um combate ou contra indicações que ele traz para a gente. Entendeu?

Portanto, a “vida melhor” prometida pelas campanhas de testagem não se concretiza efetivamente e corresponde, por sua vez, a uma mirada meramente biológica sobre a questão

da Aids, que desconsidera outros aspectos sociais e os preconceitos vividos a partir daquele diagnóstico – preconceitos estes abordados vastamente nas campanhas do Grupo Vhiver.

As campanhas de Dia Mundial de Luta Contra a Aids do MS, principalmente, buscam mostrar positivamente o viver com HIV/Aids. Nas imagens, os soropositivos são pessoas saudáveis, alegres, que convivem bem com os amigos e a família. Os discursos das campanhas do Grupo Vhiver vão em direção oposta e apontam que, apesar de elas poderem conviver, isso não ocorre porque a família e os amigos excluem a PVHA de seu convívio. Pudemos identificar isso no discurso de alguns soropositivos, como este:

A: Aí um parente [disse] "deixa eu ajudar" [o entrevistado]. [Mas outro parente disse] "Deixa! Se tiver com Aids, deixa ele pra lá".

Por conta do isolamento social, muitos soropositivos temem ficar sozinhos:

A: [*risos*] Então, eu vivo lá [com uma mulher que é apaixonada por ele, mas ele não é apaixonado por ela] mais por causa disso. Então tá. "Então, vou vivendo com cê, muié, pra... senão vou viver no meio da rua, morrer sozinho aí, aí danou-se".

Identificamos alguns discursos de soropositivos que, no entanto, se auto-isolaram da família para não lhes causar sofrimento caso seu estado de saúde piore ou eles morram:

F.: Então, acho que eu me sinto um pouco culpada de não ter ele [o filho] comigo porque, não que ele jogue isso na minha presença, ou fale, me julgue como pessoa. Mas, eu acho que eu como mãe me sinto um pouquinho egoísta porque isso [a Aids] privou da nossa, da nossa união, da nossa, sabe, afinidade, nossa continuidade de vivência, uma vida normal com um pai e uma mãe, uma mãe e um filho, passear, curtir, estar mais juntos. Talvez essa proposta que eu fiz dele estudar e viajar foi um modo de deixar viver sem estar muito em contato com o meu problema [a Aids], para não deixar um sentimento de ou dor, ou perda, sabe, ter a vida dele independente da minha situação. Que isso, realmente, me feriu bastante, meu ego, minha pessoa, como mulher.

Algumas campanhas do MS mostram que o soropositivo pode namorar e transar, desde que com camisinha. Uma das soropositivas entrevistadas identifica-se apenas com o segundo discurso (sobre a transa), mas sobre o primeiro (o namoro) ela revela ter dificuldades em concretizá-lo por temer revelar sua soropositividade. Para tanto, ela nem deixa com que seus relacionamentos cheguem a uma fase mais madura ou séria:

F: depois disso [da Aids] eu não encontrei um parceiro que se identificasse com a minha personalidade, então, não faço nem muita questão de ter, sabe, porque me esvaziou o lado sentimental, porque sou uma pessoa que eu gosto dum relacionamento sincero, não é assim, como se diz, Amélia não, mas uma coisa gostosa, saudável. E depois disso [da Aids], então, eu fiquei bastante, bastante assim... é... deprimida, reprimida, sabe?/ S: Reprimida?/ F: É. Eu não consegui mais me soltar, assim, pra esposa, pra... Houve vários paqueras, mas eu não conto [que tenho Aids]... Às vezes nem chega a ter, nem cheguei a ter relação, porque eu não quero entrar naquele contato íntimo, porque se você chegar e contar, uma hora você tem que falar,

se você gostar da pessoa. Então para não haver um relacionamento mais de continuidade, eu não deixo nem começar. Então, não chego nem a falar [que tenho Aids], porque, realmente, pra mim é desagradável, não quero falar sobre esses problemas pessoal meu com pessoas que talvez não vai dar certo, e aí você fica falando uma coisa que não é interessante, não vai dar continuidade, entendeu? Então, eu não acho necessário isso não. Essa parte eu sou bastante firme em relação... Que tem gente que fala “tem que falar que você tem [Aids]”. Eu falo “não, se eu usar preservativo não precisa falar. Eu estou sendo leal não só com ele, eu estou sendo leal comigo e com Deus”. Não diz respeito ter que falar porque tem que saber que eu tenho ou não [Aids]. Agora, se eu fosse ter um, se eu gostasse de alguém, realmente, eu falaria sim.

Esta soropositiva acredita que os estudos com a PreP vão ajudar as PVHAs a manterem relações estáveis duradouras, pois serão métodos a mais de prevenção:

F: Essa pesquisa [PreP] é boa pra quem está descobrindo [que tem HIV] há pouco tempo agora, porque agora tem uma esperança de descoberta [da PreP] vir, e muita gente que não tinha assim um relacionamento com o soropositivo vai ter, porque ela vai usar camisinha, mas se por acaso houver um furo, ou uma coisa qualquer, ela não vai ter aquela insegurança de que vai pegar o HIV. Ela pode tomar o remédio mesmo com alguns sintomas, mas eu acho que afetividade vale mais do que aqueles momentos de, a ajuda ser recíproca, né. Então, acho que vai ser mais fácil, não é? S: Hoje acredito que sim./ F: Então, tá vendo? Por isso que estou te falando! Fica mais segura, a pessoa não fica com medo de “ah, agora não tem mais jeito, peguei o vírus, está no meu corpo, não vai, vai demorar”, não sabe como vai ser aquilo. Mas como o remédio que já está tendo aquela precaução no comecinho.../ S: Remédio preventivo, aquela pílula preventiva./ F: Isso. Então, eu acho que não vai ter muito esse preconceito mais não, vai melhorar agora para quem está começando, descobriu o remédio, quem está começando a namorar com uns vinte, trinta anos, tem muito jovem aí que ainda está bastante no comecinho da idade, já está com soropositivo né.

Algumas campanhas do MS mostravam que a PVHA podia trabalhar, enquanto outras do Grupo Vhiver mostravam que ela não conseguia realizá-lo, porque o patrão preconceituoso demitia-a. Os discursos de alguns soropositivos mostram que, por medo de serem mandados embora, eles pedem suas aposentadorias:

F: se a pessoa [com HIV] tiver uma resistência orgânica boa, eu acho que o ideal das pessoas que já têm uma profissão, que tem várias pessoas aí que já estudaram, com profissão, não deveriam de aposentar logo, porque isso tira um pouco aquela coisa de que ela é independente, que “a doença vai atrapalhar, porque os remédios não vão fazer efeito”, que aí “vai ter que ficar em casa”. Eu acho que não, eu acho que se for uma pessoa que, tipo, trabalhar psicologicamente a doença, ela pode ter continuidade no trabalho sem aposentar. Que eu estou vendo por mim e muitas outras pessoas que estão aí bem, sem trabalho de de prática, né, trabalhos de sair de casa para trabalhar como qualquer ser humano de vida, porque com o HIV ele se frustra. “Porque o patrão vai me mandar embora”.

F: Eu fui na doutora Lena, e ela me explicou como é que ia ser daquele dia em diante, como que era o meu tratamento e tal. Mas aí a minha irmã, que família também leva o mesmo baque que a gente quando descobre, e já tinha perdido o meu pai e minha mãe, já tinham falecido. Então, ela quis que eu fizesse já a perícia [para tentar a aposentadoria], né, porque assustou. Mas eu, de fato, não queria não. E aí eu fui fazer, o médico pegou e constatou hepatite, e logo pediu o número, não sei como é que chama a especialidade quando você vai pegar pra médico o número da ficha, pra poder constatar no Ministério da Saúde né. Aí logo eu aposentei, porque eu também

fiquei assustada, e eu fiquei sem tomar uma decisão própria, não tive tempo de me preparar.

Mas há soropositivos que se ressentem por não poderem mais trabalhar, devido à aposentadoria, porque não se sentem “úteis”. Ora, temos aí um claro assujeitamento dessas PVHAs ao biopoder, segundo o qual as pessoas devem ser produtivas e úteis ao Estado (por isso, há de se cuidar de suas saúdes). Com exceção do entrevistado A., o trabalho mostra-se importante e tem lócus privilegiado na construção da identidade:

F: se eu tivesse, que o meu organismo estava bastante resistente, eu poderia continuar tomando os remédios trabalhando, sem dar baixa na minha carteira, e podia continuar trabalhando ou, por exemplo, assim, de diarista, de acompanhante, são coisas que você não... como eu te falo?, você não transmite a doença né. E depois fazer um curso técnico de profissional, e pudesse trabalhar naquilo sem que contaminasse as pessoas. Que fora manicure e outras profissão, tem outras que você pode fazer que você pode ter o seu ganho com o seu trabalho.

F: Eu não gosto de me sentir inútil não. Eu gosto de trabalhar, fazer algo pra mim.

As campanhas do Grupo Vhiver insistem bastante que os soropositivos sofrem preconceito. Uma soropositiva contra-identifica-se com esse discurso, mas não revela às pessoas a sua soropositividade justamente por medo do preconceito:

F: não tem que pensar que a Aids está matando não, e que você [infectado] é um ser que as pessoas têm preconceito de você não. Eu acho que o preconceito vem da própria pessoa. Eu não tenho preconceito de sair na rua, e ter dentro de mim [o HIV]. Não preciso dizer pras pessoas que eu tenho [HIV], tem pessoas que nunca vão saber o que eu tenho, mas eu não preciso demonstrar, se eu estiver bem, com autoestima, se eu estiver realizada, uma pessoa realizada, sabe, entendeu?

Esta mesma soropositiva contra-identifica-se novamente com as campanhas do Grupo Vhiver, ao dizer que as PVHAs saudáveis devem trabalhar, e não pedir ajuda às pessoas. O discurso do Grupo Vhiver a favor do apoio à pessoa soropositiva pode estar sendo lido por ela, neste caso, como uma forma de se sentir inferior às outras pessoas, porque lhes desperta pena:

F: Eu vejo assim hoje em dia, não sei se outras pessoas [pensam igual]... Mas acredito que todo ser humano que passe por uma situação dessa [Aids] com a família, muitos anos convivendo com a doença [Aids], ela vai aprendendo a lidar e conviver no meio daquelas que não tem [HIV], sem revoltar, sabe?, sem achar que todo mundo tem que ter pena, ou então você tem que ficar pedindo ajuda dos outros, sendo que você tem a condição física para fazer, não precisa se sentir a pessoa inferior as outras. A não ser que você goste de ser uma pessoa que as pessoas tenham pena de você. Aí acho que eu não gostaria, acho terrível a pessoa te ajudar por pena. Por vontade de cordialidade, tudo bem. Mas pena, não. A pena é uma palavra que eu não gosto de ouvir, sabe?, porque faz você se sentir inferior a outra pessoa. O ser humano, se ele conseguir trabalhar e se sentir útil em alguma coisa para você e para as pessoas, você não precisa se sentir pior do que é não. Porque a doença, sem ser estas outras virão, e vão tê-las sempre enquanto nós existirmos como ser humano.

F: É. Então, eu acho que a pessoa não tem que se sentir sempre ganhando as coisas sem fazer nada. Isso é uma pessoa se sentir inútil. Eu não gosto de me sentir inútil não. Eu gosto de trabalhar, fazer algo pra mim. Até a hora que você sente uma dorzinha que te incomode, e tem que sentir, ficar alguns dias de repouso, aí já não entra no meu critério dessa minha reportagem com você, porque aí já é uma condição orgânica. Aí, uma hora você, aí você tem que assumir: “agora não posso mais”. Agora eu falo, se o HIV um dia me tirar as minhas pernas, ou a vista, e os braços, que a locomoção sua são essas três partes, que eu acho principal do corpo, você precisa delas, se eu perder uma dessas, aí eu sei que tenho que aceitar que aí não dá mais. Mas, se eu tiver essas três coisas, é muito mais fácil você se reabilitar em um trabalho, que você possa ter um ganho próprio.

Mais uma vez, esta soropositiva contra-identifica-se com os discursos do Grupo Vhiver, ao dizer que as PVHAs não devem se comparar aos outros doentes (lembramos que a campanha de Dia Mundial de Luta Contra a Aids desta OSC fazia justamente isso), mas sim buscar seguir adiante, principalmente através de uma profissão:

F: Então, não é que você tem que se comparar com outras doenças. Mas você tem que ver que todo ser humano tem que ter um objetivo, tem uma luta, tem algo a cumprir, algo a resolver, algo a melhorar, algo a desejar, e realizar. Isso é o ser humano em si, racional, que Deus pôs na Terra aqui. Mas a gente precisa de tudo isso, mas tem que conectar com a situação, e enfrentar ela de frente. Erguer e tentar ultrapassar os obstáculos, sabe? Dor às vezes, depois vêm as coisas boas. Mas um trabalho, um objetivo do ganho de dinheiro, sem ficar sentindo que você tem que ficar dependente, porque... E as pessoas que ajudam, têm dó, ajudam, mas fazer com que a gente se sinta útil, trabalhando pra ganhar a sua vida, não achar que está sempre alguém dando as coisas pra ficar de graça.

Nenhuma campanha abordou diretamente que o soropositivo pode ter filhos, mas houve uma campanha do MS (do Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2010) que o sugeriu através de imagens, ao mostrar uma mulher grávida, um homem acariciando sua barriga, e as duas sogras ao lado, mostrando-lhes roupas de bebê. A soropositiva entrevistada discorda que as PVHAs devam ter filhos, pois elas desconhecem o que pode se passar com sua saúde e, no caso de morrerem, podem deixar seus filhos desamparados, principalmente financeiramente:

F: Porque eu também discordo. Não sou Deus, não sou ninguém, não sou, não posso julgar ninguém, porque não sou perfeita, mas eu sou contra o soropositivo engravidar. [...] Mesmo que ela possa agora dar remédio para o bebê ao nascer. Eu acho que a mãe é o... é a pessoa mais ligada a um filho, acho que... Vai morrer um dia sim, mas eu acho que eu...eu não teria! Eu não teria coragem de engravidar sendo soropositivo. Eu não sei quanto tempo de vida eu teria, e o filho ali naquela hora seria uma emoção, mas quanto tempo eu teria para eu poder cuida-lo? A não ser que a pessoa tenha uma família muito estruturada que poderia dar uma vida saudável, mas se for uma pessoa que não tem muitos parentes, ou tem poucos, e ainda tem a vida com pouco ganho, entendeu?, para dar um tratamento financeiro, para dar um estudo ao longo de uma vida razoável, não teria não. Eu acho, eu não sei como é que vai ser o futuro desse filho, não sei se eu vou poder ter alguém que possa dar amor, alimentação, estudo, educação, não sei. Acho que eu não tenho essa... pra mim isso é uma ilusão, pode ser que eu esteja sendo uma pessoa bastante egoísta, mas eu não teria [filho] não.

#### 4.2.1 Outros discursos em cena: as entrevistas com J. e G.

Até agora, buscamos compreender como os entrevistados deslocam sentidos de discursos hegemônicos das campanhas oficiais, como o da autoridade biomédica. Mas também é importante perceber que há outros discursos, muitas vezes não abarcados pelas campanhas. É o que nos trazem os depoimentos de G. e de J. Iniciaremos a análise pelo depoente J., um transexual, com suas constantes referências à família e, pelo menos uma vez e de forma enfática, à violência e ao medo.

Como visto também em A. e F., o momento da descoberta do status sorológico positivo é, muitas vezes, surpreendente. Ele remete a um ponto de inflexão na vida, a uma desconstrução de sentidos anteriores, à polissemia de sentido-sujeito, e à chegada quase inevitável do significante “morte” a costurar os discursos de si, a partir do diagnóstico. Em J. isso é particularmente significativo, pois passa-se a construir um processo de re-identificação, em que aquele sujeito está marcado por uma nova bioidentidade<sup>182</sup>: a de alguém com o HIV – assinalado hoje no discurso institucional por uma sigla: PVHA.

J. fala, sem muita precisão, de como descobriu sua soropositividade e da sua surpresa, na medida em que ele mesmo havia cuidado, como voluntário, de pacientes de Aids em um hospital local:

J: Foi, pro exterior, na Itália. Aí, quando eu cheg...quando eu viajei, que eu viajei num avião e o ar comprimido do avião, a minha cabeça explodiu sem eu saber de nada. Aí, desmaiei, acordei no hospital. Aí cheguei no hospital, fiquei 8 mês no hospital internada com uma sinusite. Aí, depois de muitos exames que fez em mim, descobriu que era doença de Aids, que eu não sabia, não sentia nada (...) Aí eu fui saber depois. Aí fiquei com sequela. Se eu tivesse sabido antes, eu teria só soropositivo, tava normal, entendeu? Mas, como eu não fiquei sabendo, fui saber depois que a cabeça explodiu , aí que eu fiquei sabendo da doença, que eu cuidei de muita gente aqui no Brasil de Aids também, sabe? no hospital-escola (...)

J. encadeia na textualidade oral, já no início da entrevista, o significante “morte”, que aparece de duas formas: tanto em uma sequência de um discurso crítico à voz de uma autoridade médica (marcando o distanciamento do sujeito J. de uma avaliação do médico que ele julga precipitada) quanto pela retomada da palavra no discurso com grande carga afetiva dirigido à família:

J: Aí depois que eu fiquei sabendo que eu adoeci, sem saber (...) Aí quando eu descobri já... já tinha passado um tempo, sabe? Aí... aí o médico falou que eu ia morrer em seis meses... o médico brasileiro que tinha lá, sabe? Porque lá tinha médico francês, italiano, inglês... e ... marroquino. E o médico brasileiro falou “vai morrer em

<sup>182</sup> Sempre lembrando que, nesta pesquisa, os conceitos de biopoder, biopolítica, biossocialidade e bioidentidade estão sendo reapropriados pelo ponto de vista analítico discursivo. No caso das bioidentidades, levamos em conta o fato de os sujeitos serem atravessados por discursos (por vezes contraditórios), estarem inseridos em certas relações de forças e de sentido e marcados por deslocamentos e metaforizações. A visada discursiva, portanto, afasta-se de qualquer concepção essencialista sobre identidades e, ato contínuo, sobre bioidentidades.

seis meses”. Mas o médico inglês falou que eu... não ia, não ia morrer não. [inaudível], num sei se ele tá lá ainda. Se eu me cuidar direitinho, tomar remédio e as coisa, sabe? Aí vim embora pra cá morrer com a mãe e o pai né? Comprei um túmulo pra morrer também... e fiz pro pai e a mãe, irmão junto, entendeu? Pra família tudo que eu fiz, entendeu? Aí acabou que enterrou a mãe embaixo, o pai em cima e e eu ia com a minha mãe, que eu pedi [inaudível], sabe por quê? Quando eu morrer, tirar o ossinho da minha mãe do canto do do... botar no saquinho... botar no saquinho dentro, e meu caixão ali juntinho, entendeu? Que o túmulo da mãe é só pra mim, as irmã tudo não é não, ninguém vai lá não. Só meu, pra mim, entendeu? (...) Eu não quero que põe ninguém...Depois de mim, pode se [inaudível], põem quem quiser. Mas enquanto ainda tô ainda tô eu em vida aí, tem que ser eu com a minha mãe, entendeu?

O discurso afetivo de base familiar acompanha o entrevistado J., com o detalhamento (de certa forma, estimulado pela entrevista) sobre como gostaria de ser “sepultado” junto à família. E ele ressurgue na gratidão pelo apoio que recebeu do irmão mais velho. Este discurso, que põe em relação sujeito-família, não é tão enfatizado por campanhas públicas. Já a relação sujeito-morte deixou de ser enfatizada na história das campanhas nacionais, oscilando entre maior e menor remissão. J. é soropositivo há mais de uma década, e testemunhou campanhas públicas que remetiam ao risco de morte. A questão é sempre como o sujeito mobiliza este sentido. De um lado, J. não associa morte ao discurso do médico, mas àquilo que remete a uma experiência familiar, tanto no cuidado (por parte do irmão) quanto em uma antecipação do que poderia vir a acontecer:

J: Com a minha mãe, é. Eu pedi assim pra ele “\_Meu irmão, cê me enterra com minha mãe juntinho, ó? Tipo, eu quero [inaudível], sabe? Os outro já morreu. Então [inaudível] o cemitério de lá, botar no saquinho e botar o caixão meu pertinho, o saquinho dela juntinho, entendeu? Aí fica com ela também juntinho, que a minha amiga melhor, que a minha amiga melhor que eu tinha aqui era a minha mãe, entendeu? Também o pai. Os homens que eu tinha mais mais [inaudível] era meu irmão e o meu pai. Meu irmão o único que cuidou de mim, foi meu irmão que cuidou de mim, ó, punha comida na boca.. ele punha na boca, sabe?, um irmão meu...

No caso de J., a Aids é uma experiência familiar, dado que acometeu fatalmente um dos seus oito irmãos:

J: Eram, éramos oito, mas morreu um, com a doença [Aids] também, sabe? Aí ficou sete./ S: Morreu um de Aids, também?/ J: Também, na Itália também, na Itália/ S: Na Itália também?/ J: Aí, quando descobriu, não quis não quis ir em médico nem nada. Aí, morreu num hotelzinho. Fechou tudinho, ficou sem [inaudível], sem nada, morreu.

Vale ressaltar que J. atribuiu como sendo Aids a doença que acometeu seu irmão, também transexual, em 1978, quando o HIV não havia sido descoberto ainda. No caso de J., a revelação de que havia se contaminado deu-se nesta última década. De qualquer forma, essa experiência familiar anterior, no entanto, não significa necessariamente uma simples continuidade da narrativa dramática familiar. Há um ponto de ruptura, quando J. insere no discurso a ação de políticas públicas de distribuição de medicamentos.

J: E na época [do meu irmão] não tinha recurso ainda, sabe? Tinha que comprar remédio, tomar remédio... porque não tinha remédio [grátis] ainda, tinha que comprar remédio. Era quase mil reais de remédio, só de remédio. Esse aí que eu tomo agora, quase mil reais de remédio que tinha que comprar! Hoje a gente tem remédio de graça no SAE, entendeu?

Um aporte conceitual passa a ser importante neste momento. Na análise de discurso, o sujeito do discurso assume uma série de compromissos sintáticos, que remetem a escolhas semânticas, operadas no processo de significação, a partir de um ponto de fixação na memória discursiva (ou interdiscurso). Nem o sujeito é o constituinte do discurso, ao qual se filia (a posição que ocupa em uma certa formação discursiva), nem a combinação sintagmática é gratuita, sem consequências discursivas. O interdiscurso atravessa e recompõe o intradiscurso, que é a própria formulação do falante. A textualização é tanto um processo de atualização constante de uma memória discursiva, quanto de deslocamentos operados a partir de como o sujeito assume esta posição: “Pode-se dizer que o intradiscurso, enquanto ‘fio do discurso’ do sujeito é, a rigor, um efeito do interdiscurso sobre si mesmo, uma ‘interioridade’ inteiramente determinada como tal ‘do exterior’.” (PÊCHEUX, 1997b, p. 167).

Na ordenação acima - um tanto por conta da co-construção discursiva entre entrevistado e entrevistadora, mas também por conta de como o entrevistado, sujeito do discurso, constitui-se enquanto diz -, fica fácil perceber como J. vai buscando e combinando na sua fala os elementos de uma memória discursiva sobre morte e família, para construir sua própria sintaxe da experiência vivida com a contaminação. Da mesma forma, a entrada em cena de um efeito da política pública de distribuição de antirretrovirais marca uma clivagem entre a experiência com a Aids vivenciada pelo irmão e aquela vivenciada pelo próprio J.

Observe que, após breve negociação de sentido entre entrevistadora e entrevistado, J. reencadeia em sua fala, com novos “personagens”, a memória sobre a família e a morte:

J: [o irmão transexual] Era operada. Aí, morreu na Itália, entendeu? Aí... aí...a minha outra irmã que tá lá também trouxe o caixão dela pra cá para enterrar aqui no no... no Parque da Saudade. Enterrou no Parque da Saudade, é. E o meu foi no Municipal que comprei. E o da minha irmã deixou, porque... a.... a minha tia, a minha tia ela era madrinha da minha irmã que morreu, e deixou colocar no túmulo da... da... da minha tia. O meu tio era marido, morreu também, meu tio morreu também, seu Luiz, morreu né?, deixou enterrar ela junto com... com minha... minha pri... minha prima e o meu tio, entendeu?

J. Aí deixou enterrar juntinho. Aí tá ela no fun...no fundo, depois tá a minha prima em cima, depois meu tio em cima também. São 3 jazigos que tem.

A descoberta da contaminação é outro momento de clivagem que marca a fala de J. Discursivamente, talvez não tenha importância uma certa confusão de datas e sequências temporais, constatável na fala do entrevistado. Depois de J. remeter novamente ao fato de o médico brasileiro na Itália ter previsto sua morte em seis meses, ele tenta definir qual o tempo

em que adquiriu o vírus. E associa a contaminação a uma pessoa com quem teve um relacionamento por onze anos. Curiosamente, na sequência, apesar do apelo da entrevistadora, ou justamente em uma reação a este apelo, J. evita reafirmar a suspeita, em uma atitude de preservação do outro. “Não importa com quem pegou”, mostrando um discurso de solidariedade, mas também associando a relação à falta de cuidado:

J: E nove, 12, dezenove anos já que eu tô assim. Que quando eu descobri eram dez anos que eu tinha a doença, agora são mais nove que eu fiquei assim. Então, dezenove anos então, né?/ S: Quando que cê...cê... quando cê foi pra Itália?/ J: Eu fui em 2002./ S: Que foi quando teve... que você passou mal no voo?/ J: Não, aí, dois mil, 2006 eu passei mal no voo, 2006/ S: Ah, cê foi em 2006 cê passou mal/ J: Porque.../ S: Só em 2006, que depois que cê passou mal no voo, que cê descobriu que você tinha Aids/ J: Que eu descobri a doença... é, eu não sabia não/ S: Mas aí, cê sabe como que você contraiu a doença?/ J: Não, sabe por quê? Eu morrei on... onze anos aqui no Brasil com um colega meu que era da polícia, da ROTAN, sabe? [inaudível], entendeu? ai não sei... na época a gente não usava camisinha nenhuma, sabe?/ S: uhum/ J: Aí eu acho que pequei f...eu passei pra ele ou ele pegou de mim/ S: Não sabe / J: Não sei. O negócio é cuidar, sabe? Não importa quem pegou, porque pra mim não tem importância. O que importa é que cuidar, entendeu? Mas eu morei com ele onze anos da minha vida... Foi daqui, no Brasil (...) Onze anos juntos. Ele era polícia militar na ROTAN, sabe? Faleceu já. Fez... fez um ano que ele faleceu já. Tem um ano que faleceu, pouco tempo já.

Porém, J. silencia-se sobre seu ex-companheiro da ROTAN, e não volta mais a referenciá-lo em sua narrativa. Imediatamente, ele passa a se referir a uma outra pessoa, que conhecera na Itália e que se prestou a cuidar dele no momento de maior necessidade. O discurso da culpa e da relação de culpa entre parceiros é outra ausência das campanhas. É difícil especificar que efeitos teria sobre políticas públicas se o assunto fosse nelas abordado. De qualquer forma, é uma dimensão constitutiva do discurso de J. e não é tão difícil imaginar (na medida em que é uma Formação Discursiva identificada, um lugar de interpretação) que outros sujeitos também com ela se identifiquem. Se é constitutivo do discurso do sujeito, caberia aos formuladores de campanha prestarem-lhe mais atenção.

Por outro lado, principalmente nas campanhas do Grupo Vhiver, aparece a importância do cuidado, do não-preconceito e da solidariedade. Podemos testemunhar a importância destes atributos na fala de J. quando ele se refere longamente ao companheiro que lhe ajudou na recuperação (em resposta à pergunta feita pela entrevistadora, após a própria referência de J. ao amigo que vivia na Itália):

S: cê conheceu uma pessoa na Itália?/ J: Sim e... ele vem sempre aqui [inaudível]. que ele vem aqui no Brasil, [inaudível] sabe? Me ajuda de lá pra cá também, me ajuda...sabe?/ S: E ele sabe de tudo? [que J. é soropositivo]/ J: Sabe... ele... ele... ele, falei assim “\_oh, eu tô doente [inaudível]... \_ Não... vou cuidar de vo...”. Aí cuidou de mim. Ó, a mãe dele cuidou de mim, ele ficava com... a mãe dele ficava comigo de manhã, de manhã a mãe dele ficava comigo, e ele de noite no hospital./ S: Lá na Itália ele fazia isso?/ J: É... (inaudível)... Dava banho em mim, ó, dava banho em mim, me...

eu tive que usar fraldinha, pôr assim, usar fraldinha assim/ S: aham/ J: fazia tudo na roupa... cocô, xixi, tudo na roupa, entendeu? Aí eu usava fraldinha assim ó, pra não fazer as coisas. Não sabia nem onde que era o banheiro! [inaudível]/ S: Você não conseguia usar o banheiro?/ J: Não, não sabia onde que era o banheiro... olhava assim... porque, eu perdi muito da memória, né?, perdi tudo, apagou tudinho, apagou tudinho da minha cabeça, saiu tudinho, [inaudível] nada. Aí, deixava a luz acesa, eu saía, “\_J. !”, Aí eu tirava “Gente...banho...”. Aí dava banho, dava em mim, ele dava em mim, né?. Aí [inaudível] também. Aí de noite ele ficava comigo lá. A mãe dele ficava comigo de manhã lá e ele de noite, entendeu?

J., no entanto, ressentido-se da falta de continuidade de auxílio de outras pessoas já aqui no Brasil. Ele lembra que chegou a ajudar muitos pacientes, durante sua estada como voluntário em um hospital local. Esta associação entre o quanto ele foi solidário com outras pessoas e como ele define seu momento atual de vida acentua o sentido do preconceito que J. percebe na sociedade.

J: Ao menos [um paciente que ele ajudou] teve o caixão de plástico, pelo menos, [inaudível] não tem não, mas teve pelo menos o caixão, entendeu? Enterrou com dignidade também, sabe? Foi bom assim... Aí adoeci, [inaudível] não porque ajudei muita gente antes de adoecer...muita gente aí. E hoje quem me ajuda é Deus (...)

J: É. E hoje quem me ajuda é Deus. Deus é o homem que me ajuda aqui agora. (...)

J: ... tenho medo de cair no chão, que... quebrar e se me cortar? Quem vai querer cuidar de mim? [inaudível] ajudei tanta gente, aí vê...aí vê a gente com sangue assim, medo de pegar doença, entendeu? Aí eles têm medo, né? Aí meus copos são de plástico em casa, lá em casa é tudo de plástico [inaudível], se cair no chão, só [inaudível], não quebra, né?, não me corta também. Ou se eu cair e machucar também, né?

S: E você mora sozinha J.?!/ J: Eu e Deus.

O preconceito sofrido tem um valor muito acentuado para J., a ponto de ele evitar comentar sobre a doença com a vizinhança.

J: Sabe por quê? [porque não comenta com as pessoas que é soropositivo] Porque uma vez eu saí com muitos rapazes lá em cima sem saber que eu tava doente, né? Às vezes eu passei pra alguém lá e não sei também, né? Ou se passou pra mim alguma coisa também, né? Também não sei, né? Aí eu tenho medo/ S: Você também tem medo/ J: Ah, eu tenho medo se eles ficar sabendo lá que eu tô assim, e querer me matar lá dentro de casa, eu fico sozinha lá dentro, eles mata eu lá.

J. insere em sua narrativa, portanto, uma questão absolutamente silenciada em campanhas públicas: o medo de ser perseguido, o medo da violência. Geralmente, quando o tema do preconceito aparece em campanhas, é significado como “esquecimento”, como não-apoio, ou afastamento. Ora, J. evoca um problema grave, principalmente em espaços de sociabilidade em que a violência, sobretudo contra o homossexual, acaba sendo bastante acentuada. A associação entre preconceito e violência – física e com consequências letais – contra PHVAs não vem sendo abordada a contento pelas campanhas. É J. que “informa” à

sociedade sobre este temor entre os soropositivos, que o faz manter o máximo de sigilo, inclusive com relação a outros familiares:

**J:** Não. Não. [Não contou pra nenhum familiar que é soropositivo] Pra ninguém. Então, quando eu internei no hospital Felício, a minha tia foi lá visitar eu, aí eu internei na área de Aids, né? Aí eu falei “Não, minha tia, ó, me colocaram aqui, ó, porque viu que eu sou homossexual, então pra ver fazer exame, até fazer o exame pra ver se eu tenho doença ou não...”. Pronto. (...)

**J :** Eu falei “Não, tia, é porque colocaram na área de Aids por causa que tão desconfiando de mim, como que eu sou homossexual. Então quando fala que é homossexual é só Aids, entendeu? Não vê que mulher também tem, e homem também, né? Aí pensa que a culpa é da gente. Porque os primeiros que morreram foi Freddie Mercury e o Cazuza (...)

O medo de sofrer violência, por conta das relações com outras pessoas, vem carregado também de um reconhecimento no discurso da culpa. Isso mostra que, talvez, as campanhas não estejam contemplando suficientemente esta percepção, ou ainda estejam, mesmo menos do que antes, significando a doença com o afeto da culpa. Esta mudança na culpabilização do doente - atenuada, mas não superada - é que talvez venha produzir discurso de ambiguidade, entre o sentido dotado de moralismo e uma tentativa de desdizê-lo; entre um discurso reativo e, outras vezes, resignado.

**J:** Porque a gente não usava camisinha nenhuma, porque eu era promíscua mesmo, entendeu? Eu tenho outro [parceiro sexual] que morreu também com Aids também, da polícia, também é por isso, porque eu sei que fui promíscua também. A gente usava... porque a gente usava camisinha depois de 85 pra cá, quando começou a sair as coisas, informação./ **S:** Só de 85 pra cá./ **J:** Pra cá é que nós começamos a usar, entendeu? Porque antes disso, minha filha, não usava não. (...) Ó, já até já morreu dois rapazes lá em cima, também, um morreu, o outro morreu também, com a minha doença, a mesma doença também, sabe? Que a gente já foi, já ficou também uma vez, sabe? Não sei se ele que passou pra mim ou se foi eu que passei pra ele alguma coisa, né? Agora, quem passou quem não passou, minha filha, não quero saber não. Quero saber é de mim agora, entendeu? / **S:** Você agora só quer se cuidar, né?/ **J:** Cuidar agora.../ **S:** Não importa quem passou.../ **J:** Não importa não. Uai, vai saber quem passou pra mim ou que passei pra ele! Do que vai adiantar? Não vai trazer de volta a gente, né? E eu uma coisa que eu mais mais triste que eu tenho na minha vida que é eu não poder fazer o que eu fazia antigamente, entendeu? Eu queria tanto trabalhar, ganhar meu dinheirinho com meu trabalho de faxina.

Já na narrativa do entrevistado G., o significante “família” entra discursivamente como uma não-presença, ou um distanciamento necessário para sua realização como sujeito. Segue-se, então, um discurso de auto-determinação por quase toda a entrevista. É curioso que, ao contrário de J., não é no apoio das pessoas com quem se relacionou, ou de familiares, que G. vai buscar modos de superação dos efeitos que o vírus trouxe. É um outro discurso sobre o corpo e a doença, em que o significante morte pouco comparece. Também não há um discurso de medo, nem da violência, nem da solidão. G. revela uma outra formação discursiva, que não passa pelos discursos dominantes nas campanhas, nem daqueles que se estabelecem a partir de um ponto de inflexão decisivo na direção de uma letalidade inevitável.

Sobre a família, G. afirma:

G. Antes eu, é (...) sempre foi (...) decidi por mim mesmo que eu não queria família. (...) é, eu saí de casa com 18 ano porque a minha mãe, meu pai, minha família, meus irmãos, meus tios, minhas tias, não tinham condição de me dar uma vida que eu queria. Há 18 anos eu resolvi sair de casa. Por livre e espontânea vontade, né? Tirei todos os documento e resolvi sair, trabalhar, fazer uma profissão, tentar uma profissão, que eu não tinha profissão nenhuma. Aí de (...) eu morava em Belém, sou de Belém, e de Belém eu fui pra Manaus, comprei uma passagem pra Manaus. (...) Quando eu saí de Belém para Manaus, eram sete dias de viagem. Foi de navio, sem conhecer ninguém. Cheguei lá no navio, fiz amizade com um rapaz do Maranhão (...)

Outras amizades tiveram lugar na vida de G., agora independente, até que consegue uma ocupação na Caloi do Brasil, fábrica de bicicletas, junto com este amigo. Sem que a entrevistadora perguntasse, G. alerta que não era uma relação homoafetiva (“Aluguemo um quarto, fomo morar junto, sem compromisso de nada, só na amizade, uma amizade muito boa”).

O também jovem com quem foi morar aproximou-se de outras pessoas e “acabou se apaixonando por uma mulher”. G. passa a falar espontaneamente sobre sua orientação homossexual, e as dúvidas que ela trazia para sua própria auto-determinação.

G: Aí eu fiquei sozinho no quarto, fiquei continuando trabalhando na Caloi, conhecendo, fazendo, fazendo, fazendo novas amizades, que eu não tinha... não conhecia ninguém. Aí de lá depois de..., a minha opção sexual já estava decidida. Aliás, a minha opção a minha opção sexual não tava decidida, eu não tinha decidido certo se eu queria o sexo masculino ou o sexo feminino. Aí eu conheci uma mulher lá, mais velha do que eu, muita experiência... E eu fiquei com ela, fiquei com ela o quê? Acho que dois anos, em Manaus, eu fiquei uns dois anos com ela. Só que, neste intervalo de dois anos, não não não saí da minha cabeça a outra parte do meu... da minha vida sexual. (...)

G. questiona a entrevistadora se ela tinha entendido. E passa a reafirmar o sentido de sua sexualidade, a partir do momento em que desconfia que a sua própria narrativa estava se tornando “incoerente”. G., então, conta a conversa que teve com a mulher com quem morava, teatralizando o próprio diálogo que manteve no momento em que disse que iria sair de casa, por conta da insatisfação sexual.

G. Entendeu? Eu quero que você entenda isso. Ela não quis entender, ela não entendeu. Ela não entendeu; por que que ela não entendeu? Porque não não tinha motivo! Eu, eu tin...eu tinha motivo, eu tinha motivo! No meu interior eu tinha motivo, só que ela não sabia o meu interior, ela não sabia a minha pessoa, ela não conviveu comigo desde a adolescência. Ela me conheceu ali, ó, já me conheceu com 18 anos. Entendeu? (...) Eu não deixei claro pra ela, porque eu não tive coragem. Porque, se eu falasse isso, eu sabia como é que era ela, eu convivi nesses dois anos, não é dois dias, a gente sente, você sabe como que é a pessoa. Eu não quis, portanto, que até hoje eu escondi totalmente; ela não sabe, eu tenho contato com ela por telefone, ela me liga, eu ligo pra ela. Só que eu nunca falei pra ela qual o motivo, e ela está até hoje sem saber qual o motivo, porque eu não dei o motivo pra ela.

G. conta que nunca se prendeu por uma vida muito regrada ou a alguém. Mobiliza um discurso bem diferente do de J., um discurso de enaltação do prazer, do hedonismo, e da

vontade de “viver”. Observe como os efeitos da “doença” têm lugar, mas imediatamente G. reformula a narrativa e minimiza o que seria um problema:

G. Então eu gosto de rotina, a minha vida eu gosto de... eu gosto da minha vida... não eu não gosto da minha vida parada não, entendeu? Eu gosto de vida agitada. Eu sempre tive uma vida agitada. Sempre quando morei com a minha mãe, do primeiro aninho de idade até os dezoito, eu não parava em casa. Eu dormia fora de casa sexta, sábado, domingo. Eu só chegava em casa segunda-feira, quando não saía na quinta! Eu ficava na casa de tio, na casa de tia, na casa de amigo. Então eu nunca parei em casa, eu sempre fui assim. Meu signo é de viajante, meu signo é sagitariano, eu sou de dezembro, o meu signo é sonhador. Entendeu? Eu não sou uma pessoa parada, agora, eu sou uma pessoa muito ativa, entendeu? Eu não paro. Quando... Antes de eu adoecer, eu pegava serviço três horas da tarde e largava duas da manhã. Chegava em to..., chegava em casa, tomava um banho, me vestia, me trocava, pegava o meu celular e ligava pros meus amigos: “Você quer sair? Vai poder sair? Quero sair.”. Chegava em casa no outro dia oito horas da manhã. Então eu dormia das oito às três horas da tarde, depois toca tomar banho... Então, minha rotina era assim! A minha rotina, a minha... eu gostava da minha vida. E continuo assim! Entendeu? *Só que agora é limitado, por quê?* O que eu fazia? Eu bebia, eu fumava, eu mexia com droga, a minha casa vivia cheia, porque a minha casa nunca ficou vazia, porque eu não gostava de ficar só. A minha casa já d... morou comigo oito pessoas, entendeu? Homem, mulher, inclusive o meu parceiro ficava comigo. Então, eu não gosta... eu num gosta... eu gostava do meu parceiro, só que eu não gostava de ficar só. Eu tinha necessidade de ficar com gente para conversar. Eu gosto de confusão, eu não gosto de... Eu gosto de alegria, mas de uma alegria boa, entendeu? Assistir um filme, entendeu? Fazer uma coisa, pra lanchar, pra comer, fazer algum churrasco. Eu gosto disso, eu me sinto bem, me sinto feliz.

G. e J. articulam discursivamente a “doença” e a “saúde” de modos distintos. Em G. a vida sobrepõe-se à doença, apesar das limitações. O sentido de doença não remete à morte. Diante de G., qualquer campanha que vá vitimizar o soropositivo derrapa, não o captura, na medida em que ele não se reconhece neste lugar. É um sujeito em outra formação discursiva, que vai operar uma outra leitura. J., ao contrário, estará pronto para fazer uma leitura que associará a contaminação a um drama pessoal e familiar, ao medo de violência e à própria censura de sua condição bioidentitária com relação a conhecidos e vizinhos. Discursivamente, não se deve partir da proposição de que são indivíduos diferentes, portanto, identificações diversas. Da mesma forma, até certo ponto não consideramos variáveis de idade, faixa de renda ou grau de informação. Porque, independentemente destas variáveis importantes do ponto de vista sociológico, o que interessa é o modo como indivíduos se reconhecem como sujeitos de tal ou qual discurso.

As campanhas poderiam, então, considerar estas variáveis discursivas, não os indivíduos; compreender que FDs estão circulando na sociedade sobre “ser soropositivo”. J. e G. desafiam as FDs típicas das campanhas oficiais porque tangenciam o discurso biomédico, do aconselhamento, da administração dos corpos, do biopoder. O discurso materializado por G. fará fracassar boa parte das campanhas de disciplinamento (não totalmente, como veremos mais adiante, se buscassem outros caminhos).

G: Elas [as pessoas] pediam pra mim não usar a camisinha. Fala “ah, eu não gosto de camisinha. Eu não gosto de camisinha.” Eu falei “vamos usar a camisinha, tem uma c... tem camisinha aqui, tem bastante camisinha aqui”. “Não, eu não gosto de transar com camisinha, eu não me sinto bem”. Aí, ó, como se diz, eu ia perder aquele lance? Eu não ia perder aquele lance não, ué!, entendeu? Pô, eu tava ali pra aquilo, eu... eu já gosto de orgia ainda a pessoa fala assim “eu não gosto de camisinha”, pô, aí eu caía de cabeça, uai, caía de cabeça!

O discurso materializado por J. poderá ressignificar a intervenção do estado sobre seus corpos como acentuador de uma culpabilidade moral. Que sentido de “doença” comparece no discurso de J.? A de um ponto de inflexão irreversível na vida. E qual sentido se apresenta com G.? A de algo a ser superado, sempre.

G: Então, depois dessa minha doença, eu... Não foi por causa da doença, porque a doença, todo mundo adocece. Ou eu adocece, ou você adocece, meus amigo adocece, a minha mãe adocece... qualquer pessoa adocece. Não é porque eu me senti mal porque eu sofri. Por que? Porque eu me senti preso. Eu fiquei dois meses internado no hospital, depois eu fui pra casa de repouso, fiquei quatro meses na cadeira de roda, depois fiquei dois mês no andador... Então esse tempo aí eu me senti preso, entendeu? Então eu me senti muito mal, me sentia muito mal, porque não era não era a vida que eu tava levando, num é, num é aquela vida que eu levava não. É totalmente diferente. Então mudou, mudou. Agora que eu fui pra, comecei a andar já pra cim..., agora eu estou andando pra todo lado. Eu saio de casa oito horas da manhã, chego em casa dez hora da noite, nove hora da noite. E às vezes ainda saio para jantar, chego em casa onze hora. Ontem mesmo eu cheguei em casa era uma hora da manhã. Eu tive que pegar um táxi porque não tinha mais ônibus. Então eu gosto disso, eu me sinto bem.

G. é pizzaiolo, quer montar uma pizzaria, quer voltar a trabalhar. O trabalho, tanto quanto o lazer, ocupam, em sua narrativa, lugares de articulação da própria vida. G. associa intensidade de trabalho e de lazer ou vida amorosa, sem que isso possa parecer qualquer contradição em seu discurso. Na sequência, isso fica claro à medida que ele transita do trabalho à vida amorosa:

G: Agora eu pretendo em dezembro voltar a minha ativa tudo de novo, ativa. Porque eu adoro a minha profissão, eu sou apaixonado na minha profissão. Se eu tiver se eu tiver algum problema financeiro, doméstico, ou amoroso com alguém, eu vou pra trabalhar; aquilo sai meu estresse tudo, porque eu adoro trabalhar, eu adoro a minha profissão, eu adoro fazer o que eu faço, e eu faço muito bem, porque eu sou muito conhecido, todo mundo me conhece. Entendeu? No mercado de trabalho eu sou muito, eu tenho muito valor, o pessoal (...) até já tive vários convite pra trabalhar. Então eu gosto de trabalhar, eu não gosto de ficar em casa. Pode estar fazendo chuva, fazendo sol, eu saio de casa, estou saindo de casa. E por enquanto a minha vida amorosa tá... porque eu larguei, larguei, durante 2 meses 2 meses eu fiquei com três pessoas diferentes, de idade diferente, signo diferente, jeito diferente, entendeu? Amar e gostar diferente.

O evidente descolamento de G. com relação às campanhas de disciplinamento, no entanto, não oferecerá uma resistência insuperável para qualquer política pública. É no aconselhamento de um relacionamento atual que ele vai encontrar motivos para se deter diante do sentimento de urgência de vida. Mas não para não vivê-la plenamente, mas para valorizá-la ainda mais. É um discurso de auto-convencimento, numa tensão um tanto quanto

dramática entre prazer e renúncia, que o verbo *tentar* acaba denunciando. Nesta tentativa de auto-convencimento, G. mobiliza, ele próprio, discursos sociais de valorização da vida. A “doença” – tanto quanto o lazer, a relação amorosa e o trabalho - passa a ser um lugar simbólico de urgência ainda maior de valorização da vida:

G. Só que agora eu tenho que... ele [o parceiro afeitivo] já me deu conselho, que não é pra mim viver aquela vida que eu vivia, que ele sabia, ele sabia da vida que eu vivia. Então agora ele falou pra mim “tem que dar um tempo, dá um tempo”. Porque eu vivia trocando de parceiro, antes eu era muito ativo. Eu, pra mim, se eu sáfisse na esquina, na padaria, pra comprar o pão, se tivesse namorando e tivesse outra, me visse outra pessoa na minha frente que me interessasse, se me desse bola pra mim, desse alguma coisa pra mim, eu tava em cima, eu não queria nem saber. Eu não queria saber se tava com alguém, se ia sofrer, se não ia sofrer, eu não queria nem saber. Entendeu? Agora é diferente, agora eu tenho... agora eu tenho que tentar, não é me prejudicar não, eu tenho que tentar. Não fazer mais o que eu fazia, porque eu tava, tava demais, eu tava demais da conta. Eu acho que essa doença veio pra mim dar valor a minha vida, que é uma coisa tão gostosa, estar aqui com você, com você conversando. Olha aí que dia maravilhoso que está lá fora, daqui a pouco eu tô saindo, vou pra casa, um restaurante, jantar, e fazer outras coisa... Então, isso eu tava me perdendo, eu tava só me emburacando só naquilo. Eu não tava vendo que eu tava fazendo coisa errada, eu estava transando, tendo relações sexuais com homem, com mulher, sem preservativo, sem camisinha, sem nada. Entendeu? Eu não sabia, eu não sabia, eu num tenho instrução pra saber que a doença que tá aí no mundo, não é só eu não. È a pesquisa agora: é sete milhões de pessoas que tão infectada. Eu não sabia que era tão... não é ela, a doença própria, que todo mundo tem, é a secundária. Porque todas as pessoas que são soropositivos têm uma secundária. As secundárias são, é, as secundárias são perigosas.

A “doença” também foi o lugar simbólico de reaproximação com a família, que antes parecia ser um impedimento de auto-realização. G. lança-se a reproduzir, aparentemente com alguma fidelidade, o que ouviu da mãe, que se afasta de um discurso moral, apenas fazendo referência à alguma indisciplina de G. e falta de amarras. Ela comenta que todas as irmãs dele sabem do que aconteceu:

G. Aí depois eu liguei pra minha mãe, aí ela me falou, ela me falou, ela não me falou direto não, ela me falou assim “Ô, meu filho, deixa eu te falar uma coisa, eu sei a doença que você tá. Só que eu não quero que você se preocupe, porque eu não sei como é que tá a sua cabeça, eu não tô te acompanhando o seu tratamento, também eu não entendo muito não, eu não entendo. Mas aqui, do lado da minha casa, tem um amigo meu, que até você conhece ele, que ele vive muito bem, ele aind... ele trabalha, ele faz os poste, ele tem família, ele tem uma vida muito boa. Então agora, a partir desse momento... Você pegou, isso sem dúvida nenhuma você pega, você pegou. Por que você pegou? Porque você não se tratou. Eu não vou te julgar não, porque todo mundo tem um erro; eu tenho erro, seu pai tem um erro, seus irmãos têm um erro deles. Então você não é santo também, eu também não sou santa... Então eu não tenho nada a ver com a sua vida. Só que agora, a partir desse momento, eu quero que você se cuide, que você se cuide, porque você não se cuidou, e eu não estava aí pra pra te falar, pra te dar conselho. Por isso que isso aconteceu com você (...) Mas eu mas mas mas eu num eu num vou te julgar nada, nada, nada. Você tem 44 ano, você sabe o que você quer, você sabe o que você é. Não adianta eu falar pra você ‘não’! ‘Você vai arranjar uma mulher e casa, e tem filhos’. Não, não precisa não. Você não quer, ué! Como é que eu vou te insistir uma coisa que você não quer? É igual eu, eu não gosto de leite, seu pai fica insistindo pra mim tomar leite, mas eu não gosto de leite. Não, então cada um tem o seu gosto”

G. conta que resistiu a fazer os exames, porque já desconfiava de que pudesse estar contaminado. Depois da hesitação, acabou sendo diagnosticado como soropositivo. Ele não esconde que o resultado foi “uma coisa deprimente, depressiva”. Porém, depois de certo tempo, convenceu-se de que era “apenas um vírus e num (...) ele não é mortal”. Ele sabe que precisa se cuidar e reafirma a preocupação com as “doenças secundárias”. Diz, com certo orgulho, que se sente muito bem, apesar de o vírus mexer com todo “o sistema do seu corpo, todos os músculos, mental, físico, sangue, tudo, inteligência”.

G. vai aderir ao discurso da prevenção por aconselhamento de uma pessoa com quem vive, e pelo medo de trazer problemas para ela. É por este caminho que o discurso biomédico consegue chegar:

G.: Agora eu sou obrigado a usar camisinha, porque se eu não usar camisinha eu tô, eu vou ficar com sentimento de culpa porque eu não sei se a pessoa que eu tô com ela, se tá ou não tá [com HIV]. E mesmo que se tiver, eu tô aumentando o vírus dela, ela pode estar aumentando o meu, e isso pode acarretar vários tipos de problemas gravíssimos. Que os médicos me falaram, entendeu?, a minha infec... a minha infectologista, a Doutora Cristiane, já me falou “G., você não pode transar sem camisinha, porque uma pessoa, você não sabe a carga viral da pessoa, e a sua carga viral. Você não pode. Usa camisinha. Entendeu? Mesmo que você não goste, mas tem que usar camisinha.” Nós estamos sentindo muito bem com camisinha, graças a Deus, estamos sentindo muito bem.

G. afasta-se da igreja evangélica, onde chegou a ser pastor, para não “dar o que falar”, e se aproxima do catolicismo. O discurso religioso opera neste momento, confortando-o naquilo que ainda escapa ao seu próprio discurso de auto-determinação. Discurso religioso absolutamente incompatível com aquele outro hegemônico: o biomédico.

G. É. Sou católico, tô muito bem, tenho meu dia, porque eu rezo toda noite, entendeu? E Deus, assim, eu sei, eu sei e sinto que Deus está do meu lado, porque tudo o que eu peço, e tudo o que eu já pedi nessa vida, nesses 44 anos de vida, eu fui ajudado. Ele me escuta. Todo dia, Ele me escuta. Mas também uma reza, uma oraçãozinha, e depois quando eu levanto, que eu acordo, que eu saio pra rua, eu rezo uma oraçãozinha. Eu tenho um livro de segunda, uma oração, de segunda a domingo, e vai passando, vai modificando. Chama-se Livro dos Dias Trinta, cada dia lê uma. Então aquela satisfação, das palavras muito boas, muito forte. E além das minhas outras orações que eu faço pra Deus. Entendeu?

J. e G., de modos diferentes, mobilizam discursos não previstos, leituras não estabelecidas, não sugeridas pelas campanhas. São avessos em suas posições-sujeitos, mas semelhantes no modo de desafiar os discursos oficiais de campanha. J. revela o medo da violência que as campanhas esquecem, a culpabilidade que muitas vezes as campanhas motivam, a relação familiar que quase nunca é vocalizada. G. adere ao discurso da disciplina por onde as campanhas menos esperam: pelo aconselhamento em uma relação amorosa, que facilita inclusive a escuta do que os médicos têm a dizer, e pelo discurso religioso. J. articula a

doença em torno da morte. G. articula a doença em torno da vida. J. faz do caminho quase que um eterno fim. G. prepara-se seguidamente para um eterno recomeço.

## 5 CONCLUSÃO

Ao longo desta pesquisa, vimos confirmada, parcialmente, nossa hipótese principal de que há, em alguns momentos, dissonâncias de sentido entre os discursos e saberes institucionalizados que compõem as campanhas de mobilização à Aids e os discursos cotidianos – em particular, no nosso estudo, discursos mobilizados por soropositivos – sobre o corpo, a doença e a saúde. Tais dissonâncias apontam para a resistência dos sujeitos às mensagens oficiais das campanhas. Não pudemos confirmar, através dos depoentes, nossa segunda hipótese de que as resistências se dão porque os discursos oficiais das campanhas estão sendo identificados como discursos do poder – do controle sobre os corpos e seus desejos. Pudemos, antes, concluir que os sujeitos resistem a esses discursos, ainda que não percebam os dispositivos de biopoder contra os qual constitui sua resistência – da mesma forma que, muitas vezes, aderem a este poder não como um consentimento ou submissão, mas porque se realizam nesta adesão de alguma maneira.

Reconhece-se o esforço atual do Estado em combater, através das campanhas atuais, certos discursos que ajudou a propagar no início da epidemia - como o de a Aids ser necessariamente letal ou um mal causado por promiscuidade. Entretanto, eles ainda permanecem como memória discursiva recorrente, como pudemos identificar nos depoimentos de alguns dos soropositivos.

Da mesma forma, ainda permanecem nas campanhas alguns discursos cujas possibilidades de leitura são problemáticas. Percebeu-se que seu discurso biomédico impõe, muitas vezes, ao indivíduo a responsabilidade pelo cuidado à sua saúde e, quando já infectado pelo HIV, à saúde do restante da população também. Tal discurso ressoa, sobre os sujeitos, como um julgamento moral, produzindo afetos e sentimentos de culpa sobre aqueles que acabaram se contaminando. Não sem razão, esse discurso é aquele mesmo que subjaz à criminalização da transmissão do HIV, altamente contraproducente ao enfrentamento da epidemia, pois desestimula a testagem ao vírus – testagem essa que as mesmas campanhas buscam incentivar.

Um outro problema identificado nas campanhas é a falta da abordagem sobre a dificuldade que muitas PVHAs tiveram e têm para negociar o preservativo com os parceiros.

Sobre este último aspecto, vimos que as campanhas de prevenção enfatizam o uso do preservativo porque consideram que as pessoas se esquecem de levá-lo consigo ou não conseguem negociá-lo com o parceiro (principalmente as mulheres). Porém, os depoimentos dos entrevistados trazem motivos outros, subestimados pelas campanhas de prevenção ou não reconhecidos como legítimos pelas suas instituições elaboradoras: o ideal de fidelidade; a vontade de ter um filho; o fato de o preservativo retirar o prazer, dar a sensação de castração para quem o está vestindo, não ser algo natural, ser um artifício que identifica os infectados etc. Além disso, deixar-se contaminar com o HIV, em algumas relações, é tido como prova de amor.

Da mesma maneira, as campanhas ressaltam a necessidade de o soropositivo aderir satisfatoriamente ao regime medicamentoso. Porém, como vimos nos depoimentos das PVHAs A. e F., em alguns momentos isso se torna difícil, pelos efeitos colaterais dos remédios, por sentimentos de depressão, ou mesmo por não se querer abandonar certos hábitos, como tomar uma cerveja com os amigos.

Também vimos que as campanhas de uma mesma instituição apresentam, por vezes, discursos contraditórios entre si. Isso pode ser percebido claramente nos discursos sobre o viver com HIV/Aids: ora ele é apresentado positivamente, como uma “vida de qualidade”, ora como uma vida “nada fácil”. Os depoimentos dos soropositivos, com exceção de G., estão cheios de exemplos sobre a dificuldade do viver com HIV/Aids, sentida em seu corpo mas também em sua vida social, por conta do preconceito.

Também pudemos perceber contra-identificações com as campanhas do Grupo Vhiver, que ressaltam a necessidade de as pessoas ajudarem os soropositivos, principalmente através de doações. Ainda que não pretendido pelos seus elaboradores, esse tipo de discurso está sendo lido como uma forma de inferiorizar a PVHA frente às outras pessoas, porque lhes desperta pena. Com exceção de J., ninguém se identifica com este lugar atribuído em algumas campanhas.

Finalmente, com as contribuições das entrevistas de J. e de G., identificamos discursos outros silenciados pelas campanhas, mas que merecem sua atenção. Dentre eles, está a relação entre preconceito e violência às PVHAs (percebida na fala de J.) e novos sentidos sobre o HIV/Aids, como o de uma oportunidade de superação e valorização da vida (percebido em G.).

Reiteramos que esta dissertação não pretendeu, em nenhum momento, desqualificar o importante trabalho feito pelos elaboradores das campanhas aqui analisadas, mas sim somar-lhes esforços com nossa pequena contribuição.

Quando meu chefe faleceu de Aids, a primeira pergunta que me veio à mente foi “quantas vidas conseguimos poupar com nossas mensagens de prevenção?”. Coloquei minha eficiência profissional à prova, pois, como boa parte das pessoas formadas em jornalismo, eu tinha a síndrome de Super-Homem. Hoje, ao final desta pesquisa, percebo que estava sendo muito dura comigo mesma, pois vimos que as campanhas são, sim, expressão de biopolíticas, mas que se defrontam com mecanismos de resistência desenvolvidos pelos próprios sujeitos. Isso pode ser confirmado, em parte, por uma análise mais atenta à materialidade das narrativas individuais, em contraposição aos discursos de campanhas, com o auxílio da Análise de Discurso.

Portanto, as resistências são inerentes ao processo. Além disso, à época, eu estava fortemente identificada com o discurso de letalidade da Aids, que se desfez assim que comecei a estudar o tema. A vida com Aids não é boa a todo momento, por conta dos efeitos na saúde e dos preconceitos sociais, mas ainda assim existe vida.

Buscamos mostrar com esta dissertação que nada envolvendo o HIV/Aids - desde seus termos científicos, passando pelas políticas públicas de enfrentamento e pelas campanhas de prevenção - pode ser considerado “neutro” ou “objetivo”: tudo está carregado de força simbólica. Daí o interesse particular em abordar o tema a partir de uma perspectiva discursivo- comunicacional.

Vimos que, apesar de os governos buscarem ouvir a opinião de representantes de grupos sociais sobre as campanhas de mobilização social à Aids antes de sua veiculação, permanecem presos a um modelo monológico de comunicação. Percebemos, através da comparação entre os discursos das campanhas e os discursos dos soropositivos, que há sentidos outros sobre o HIV/Aids, a soropositividade e a sexualidade não abarcados por elas. Para nós, esse modelo monológico é consequência da percepção estatal de que, fora do discurso científico e especializado, pouco teríamos a ouvir. A sua persistência é crítica, pois há pelo menos 25 anos de redemocratização do país e da construção da participação social no SUS. O Estado ainda se coloca como detentor do saber-poder médico, como aquele que sabe o que é melhor para a população e, por isso, dita-lhe regras sobre o bom e o mau comportamento. Da mesma forma, as OSCs, cada vez mais dependentes dos financiamentos

do Estado, acabam repetindo – hoje mais do que antes – discursos hegemônicos sobre a Aids e os soropositivos.

Esta pesquisa, em sua tentativa primeira de responder a inquietações pessoais, acabou por aumentá-las em quantidade e qualidade. Concluimo-la com mais perguntas do que respostas que se pretendam fechadas e eternas, pois investigar os sentidos do HIV/Aids deve ser um trabalho contínuo: eles, assim como o vírus, também são mutantes. Desafiadora é, portanto, a tarefa dos profissionais de comunicação que atuam nesta área. Talvez, neste final, o leitor esteja ansioso por responder: qual tipo de campanha de prevenção seria, então, melhor? Levamos esta indagação conosco durante os últimos dois anos de pesquisa, sem saber dar-lhe a resposta perfeita. Todavia, ao final desta jornada, temos algumas pistas preciosas: para diminuir as dissonâncias de sentido identificadas, é preciso ouvir as pessoas reconhecendo-as como sujeitos de discursos - e de discursos legítimos, e não “erráticos ou frutos da ignorância”. Antes de tentarmos, com nossas campanhas, mudar as práticas dos indivíduos para a adoção de comportamentos preventivos em relação ao HIV/Aids, devemos mudar a nossa prática atual de escuta. Se o conseguirmos, já teremos dado um bom passo rumo a campanhas melhores.

*A Declaração Política sobre HIV/AIDS: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/AIDS* (resolução adotada pela Assembleia Geral da ONU em 10 de junho de 2011), recomenda que, para se alcançar as metas da UNGASS-Aids (Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV/Aids), deve-se envolver mais as pessoas em maior vulnerabilidade ao HIV e as pessoas soropositivas nas tomadas de decisões e no planejamento de estratégias de prevenção a estas populações (ONU, 2011, itens 40 e 57). Nossa pesquisa, ao ouvir um desses grupos, busca concretizar esta ideia, com o intuito de fundamentar campanhas de prevenção mais próximas a estes interlocutores e à população em geral.

Resultados parciais desta pesquisa foram divulgados em eventos científicos nacionais e internacionais (COSTA & ALVES 2012a, 2012b, 2012c, 2013a, 2013b; COSTA, 2012, 2013b). Pretendemos levar os resultados finais às organizações pesquisadas e a entidades responsáveis pela elaboração e execução de campanhas de mobilização social à Aids. Igualmente, eles serão discutidos em congressos e divulgados em periódicos científicos ou outros meios apropriados.

Ao longo da árdua tarefa de busca por campanhas das OSCs-Aids mineiras e da SES-MG, também fomos coletando material produzido por OSCs-Aids e secretarias de saúde de outros estados e municípios brasileiros - o qual nos daria gosto compartilhar com colegas investigadores desbravadores do campo. Como projeto futuro, idealizamos a construção de um banco de campanhas para facilitar a tarefa de coleta de material, a fim de contribuirmos para outras pesquisas. E, evidentemente, um banco de relatos, memórias e narrativas de pessoas comuns, de não especialistas, que informem à sociedade e aos formuladores de campanhas quais discursos eles deixaram de levar em conta, mas que produzem outras leituras e outros sentidos sobre este desafiador objeto de reflexões e práticas que é a Aids.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**. O poder soberano e a vida nua I. 1995. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 156 p.

ALVES, Wedencley. Entre sentidos e desejos: as campanhas de carnaval para a prevenção contra o HIV (1999-2009). **Líbero** (FACASPER), 2013, p. 89-104. Disponível em < <http://bit.ly/1bxc69n>>. Acesso em 11 dez 2013.

AMORIM, Alexandre Magno de Aguiar. A política do Programa Nacional de DST/Aids. In: NILO, Alessandra et al. (org) **Comunicaids**: Políticas públicas e estratégias de controle social. São Paulo: Ed. Ágil; 2005.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Avaliação de políticas públicas e estratégias de comunicação: a PesquisAids. In: NILO, Alessandra et al. (org) **Comunicaids**: Políticas públicas e estratégias de controle social. São Paulo: Ed. Ágil; 2005.

\_\_\_\_\_. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde** (Edição em português. Online), v. 3, p. 42-52, 2009.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.. **Comunicação e Saúde**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152 p.

\_\_\_\_\_. Comunicação e Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escol\_a Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2009. Disponível em <<http://bit.ly/1eAEZ4n>>. Acesso em 27 fev. 2013.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista** – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, 250 p.

BAILEY, Laura. African-Americans face roadblocks to HIV therapy, untreated depression makes it worse. **University of Michigan News Service**, Michigan, 02 mai 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/K6mIjQ>>. Acesso em: 10 mai 2012.

BARATA, Germana Fernandes. **A primeira década da Aids no Brasil**: o Fantástico apresenta a doença ao público. São Paulo, 2006. Dissertação (Mestrado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

BARBOSA, E. Gerstor-Federal. Incidência política em rede – uma resposta sustentável. In: SANTOS, F.R.; PEREIRA, J.R.; LEÃO, M.A.B. (org.). **Para uma nova forma de ativismo**: Projeto Rede de Proteção Humana Brasil. São Paulo: Cuore; 2011. 125 p.

BARBOSA, M.C.M. Plano de Ações e Metas (PAM) e Conselhos de Saúde. Militância e Direitos Humanos no combate ao HIV/AIDS. In: SANTOS, F.R.; PEREIRA, J.R.; LEÃO, M.A.B. (org.). **Para uma nova forma de ativismo**: Projeto Rede de Proteção Humana Brasil. São Paulo: Cuore; 2011. 125 p.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 103 p.

BELTRÁN, L.R. Promoción de la salud: una estrategia revolucionaria cifrada en la comunicación in **Comunicação & Sociedade**, São Paulo, Umesp, no. 35, 2001.

BENETTI, Marcia. Análise do Discurso em Jornalismo: estudo de vozes e sentidos. In: LAGO, C.; BENETTI, M. (Org.). **Metodologia de Pesquisa em Jornalismo**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 2007, v. 1, p. 107-122.

BIANCARELLI, Aureliano. **Doença em foco**: as reportagens sobre Aids publicadas pela Folha de S. Paulo. Revista USP. São Paulo, USP, nº 33, março/maio 1997, p.136-147. Disponível em < <http://bit.ly/1frPlpD> >. Acesso em 22 set 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 2010.

BRASIL, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Política brasileira de enfrentamento da Aids**. Resultados, avanços e perspectivas. 2012. Disponível em: < <http://bit.ly/15joNPY> >. Acesso em 23 abr 2013.

BRITO, N. S.; PEDROSA, F. Referencial teórico. Fortalecendo laços: a articulação de um projeto em rede em DST/HIV/AIDS – a experiência do PRPH-Brasil. In: SANTOS, F.R.; PEREIRA, J.R.; LEÃO, M.A.B. (org.). **Para uma nova forma de ativismo**: Projeto Rede de Proteção Humana Brasil. São Paulo: Cuore; 2011. 125 p.

BUITONI, Dulcília Schroeder. Aids: falas e silêncios em revistas masculinas e femininas. **Revista USP**. São Paulo, USP, nº 33, março/maio 1997, p.148-157. Disponível em <<http://bit.ly/1bAnJ1t>>. Acesso em 22 set 2013.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, 307 p.

CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação, saúde e discurso preventivo**: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987 - 1999). 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2001.

CARDOSO, J. M.; ARAUJO, I. S.. **Contextos**: os desafios de um método de pesquisa de comunicação na prevenção da Aids. In: ICML 9 - 9th World Congress on Health Information and Libraries and CRICS 7 - 7 th Latin American and Caribbean Congress on Health Sciences Information, 2005. Disponível em < <http://bit.ly/19JcYE8>>. Acesso em 26 set 2013.

CARILLO, Jesus. Entrevista com Beatriz Preciado. In: **Revista Poiésis**, n 15, p. 47-71, jul. 2010. Disponível em < <http://bit.ly/15Ne7wT> >. Acesso em 24 mar 2013.

CARVALHO, Carlos Alberto de. **Visibilidades mediadas nas narrativas jornalísticas**: a cobertura da Aids pela Folha de S. Paulo de 1983 a 1987. São Paulo: Editora Annablume, 2009.

\_\_\_\_\_. Narrativa jornalística e memória: a cobertura noticiosa dos 30 anos de aparição pública da Aids. **Líbero** (FACASPER), v. 15, p. 105-118, 2012. Disponível em < <http://bit.ly/18lpZX6>>. Acesso em 23 set 2013.

\_\_\_\_\_. Acontecimentos persistentes que desafiam a cobertura jornalística: as relações entre HIV/Aids e homofobia. In: **Anais do 11º. Encontro Nacional de Pesquisadores em Jornalismo**. 2013.

CASTRO, M. G., SILVA, L. B.. **Respostas aos desafios da AIDS no Brasil**: Limites e possibilidades. Brasília, DF: Unesco, 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/1bzV8sV>>. Acesso em 18 abr 2013.

CHARETTE-DIONNE, P. Dismantling barebacking : angloamerican normativity and knowledge creation systems operating on HIV prevention discourses in Montreal, Quebec, Canada. In: **XVIII International AIDS Conference**, 2010.

\_\_\_\_\_. Unwrapping HIV/AIDS prevention: a discourse analysis of the barebacking phenomena. In: **20th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research**, 2011.

CONTRERA, Wildney Feres. **GAPAS: uma resposta comunitária à epidemia da Aids no Brasil**. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <<http://bit.ly/15J2gMB>>. Acesso em 01 out 2013.

\_\_\_\_\_. Histórico das Campanhas de Aids no Brasil. In: NILO, Alessandra et al. (org) **Comunicaids: Políticas públicas e estratégias de controle social**. São Paulo: Ed. Ágil; 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2009. Disponível em <<http://bit.ly/1gCzDY7>>. Acesso em 27 fev. 2013.

COSTA, Stéphanie Lyanie de Melo e. Campanhas comunicacionais contra o HIV: os discursos de organizações da sociedade civil e os sentidos a eles atribuídos por soropositivos. In: **Programação e resumos do 10º Encontro Regional de Comunicação**. Juiz de Fora, 2012. p. 17-18.

\_\_\_\_\_. Aids: A Construção de uma Síndrome. In: **Anais do XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, 2013a. p. 1-15. Disponível em: <<http://bit.ly/1eQZlqg>>. Acesso em 21 jan 2014.

\_\_\_\_\_. Campanhas de prevenção ao HIV/AIDS e soropositivos: identificando resistências. In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2013b. p. 1-1.

COSTA, S. L. M. ; ALVES, W. . Mesmas Palavras, Outras Leituras: Discursos Cotidianos Versus Campanhas de Prevenção e Conscientização dos Riscos do HIV. In: **Anais do XVI Congresso de Comunicação da Região Sudeste**, Ouro Preto – MG, 2012a, p. 1-11.

\_\_\_\_\_. Por Uma Compreensão Discursiva das Resistências às Campanhas Contra o HIV e Sobre os Riscos de Contaminação e Recontaminação. In: **Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, Fortaleza, Brasil, 2012b. p. 1-13.

\_\_\_\_\_. Comunicação e Campanhas contra o VIH/SIDA: Identificando discursos resistentes. In: **Atas do X Congresso da Lusocom - Comunicação, Cultura e Desenvolvimento**, Lisboa, Portugal, 2012c. p. 1-19.

\_\_\_\_\_. Campanhas de Prevenção ao HIV/Aids: Compreendendo discursivamente as resistências. In: **Resumos dos trabalhos do IV Encontro dos Programas de Pós-graduação em Comunicação Social de Minas Gerais**, Juiz de Fora, 2013a, v. 1. p. 1-2.

\_\_\_\_\_. Understanding Resistances to HIV/Aids Awareness Campaigns. In: **Programm 2013 - National Conference on Health Communication, Marketing, & Media**, Atlanta, Georgia., Estados Unidos da América, 2013b. p. 1-1.

COURTINE, Jean-Jacques. Introdução. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo**. Vol. 3: As mutações do olhar: O Século XX. Petrópolis: Vozes, 2008.

CUBERLI, M.; ALBARDONEDO, M. V. Categorias analíticas para la investigación en comunicación y salud. Aportes desde el análisis del discurso. **Atas del XI Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación**. 2012. Disponível em <<http://bit.ly/NsqCUJ>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

DANIEL, Herbert. **Vida antes da morte**. Rio de Janeiro: Tipografia Jaboti, 1989.

DARDE, Vicente William da Silva. **As vozes da Aids na imprensa: um estudo das fontes de informação dos jornais Folha de S. Paulo e O Globo**. Porto Alegre, 2006. Dissertação (Mestrado em

Comunicação e Informação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <<http://bit.ly/Gzxxz6G>>. Acesso em 01 oct 2013.

DAVEY, Melissa. Confusion reigns over HIV drugs. **The Sidney Morning Herald**, Sidney, 04 mai. 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/KYvKQ2>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

DDAHV - Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais. **O que são organizações da sociedade civil**. 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/iat8eU>>. Acesso em 18 abr 2013.

FARIAS, M. S. Q.; DIMENSTEIN, M. Práticas e discursos de usuários de uma ONG/AIDS sobre ativismo. **Psicologia & Sociedade**, vol.20, n.2, pp. 247-256, 2008. Disponível em <<http://bit.ly/1az9Jnn>>. Acesso em 13 jan 2013.

FAUSTO NETO, Antônio. **Mortes em derrapagem**: os casos Corona e Cazuza no discurso da comunicação de massa. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1991. 204 p.

\_\_\_\_\_. **Comunicação & Mídia impressa**: estudo sobre a Aids. São Paulo, Hacker Editores, 1999.

FERNANDES, G.C. ; ALMEIDA, M. C. ; PEDROSO, N.J. ; KEULEN, M.S.L. ; YOKOO, E. M. ; TUBOI, S.H. . The role of operational research to understand HIV/AIDS regional healthcare system in Brazil and its importance to scaling-up antiretroviral therapy. In: **30 years of HIV science: Imagine the future**, 2013, Paris. 30 years of HIV science: Imagine the future, 2013.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 1963. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1ª Ed., 1977.

\_\_\_\_\_. **A ordem do Discurso**: Aula Inaugural no Collège de France (1970), (trad. de Laura Fraga de Almeida Sampaio). São Paulo: Edições Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976), (trad. de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade, vol. I**: a vontade de saber. 1976. Rio de Janeiro: Edições Graal, 13ª edição. 1999.

\_\_\_\_\_. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FRANÇA, Martha S. J. **Repensando o modelo para divulgação científica**: o caso da AIDS na imprensa brasileira (1981-2001). Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo para obtenção do grau de Mestre em História da Ciência. 2002.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

\_\_\_\_\_. Aids na mídia: da “cura” ao mercado. In: Comissão de Cidadania e Reprodução (org.). **Olhar sobre a mídia**. Belo Horizonte, Mazza Ed., 2002.

GARRIDO, P. B.; PAIVA, V.; NASCIMENTO, V.; SOUZA, J. B.; SANTOS, N. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública** (USP. Impresso), v. 41, p. 72-79, 2007. Disponível em: <<http://bit.ly/MHdxG6>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

GUILHAUMOU, J. Efeito de sentido e visibilidade social: Co-construção discursiva. O espaço de co-produção no trabalho do pesquisador. In: INDURSKY, F.; FERREIRA, M. C. L. **Análise do Discurso no Brasil**: mapeando conceitos, confrontando limites. São Paulo: Claraluz, 2007

HALL, Stuart. Da diáspora: identidades e mediações culturais. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

HIV & AIDS Services Worldwide. **14th Edition**. June 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/19PGtL9>>. Acesso em 13 set 2012

KECK, Frédérick; RABINOW, Paul. Invenção e representação do corpo genético. In: **História do corpo: as mutações do olhar. O século XX.** (COURTINE, Jean-Jacques, org.) Vol. 3, Petrópolis: Vozes, 2008, pp. 83-108.

KONG, M.C.; NAHATA, M.C.; LACOMBE, V.A.; SEIBER, E.E.; BALKRISHNAN, R. Association Between Race, Depression, and Antiretroviral Therapy Adherence in a Low-Income Population with HIV Infection. In: Journal of General Internal Medicine. Abr. 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/JqFK1V>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

LACCASO. **El acceso universal y la sociedad civil en latinoamérica.** Recife: Gráfica Dom Bosco. 2012. 56 p. Disponível em: <<http://bit.ly/1eAiJLi>>. Acesso em 10 abr. 2013.

LEAL, Bruno Souza ; CARVALHO, Carlos Alberto de . **Pessoas LGBT e AIDS na rotina jornalística: a cobertura em veículos impressos e eletrônicos brasileiros em 2008.** Sexualidades, v. 8, p. 1-14, 2011. Disponível em < <http://bit.ly/1fy5OZq>>. Acesso em 24 set 2013.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. **AIDS: uma epidemia de informações.** São Paulo: Ed. E-Papers; 2006. Disponível em <<http://bit.ly/19L7CLP>>. Acesso em 13 fev. 2013.

MAKSUD, Ivia. **Casais Sorodiscordantes: Conjugalidade, Práticas Sexuais e HIV/Aids.** 2007. 271 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: < <http://bit.ly/Jtf12O>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

MARINHO, Monica Benfica. **Da ameaça à sedução.** Um estudo das campanhas de prevenção de AIDS veiculadas na TV. Dissertação de Mestrado. UFBA, 1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **12a Conferência Nacional De Saúde: Conferência Sergio Arouca - Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.** Relatório Final. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/IJN9rH>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação - Minas Gerais.** Brasília, 5ª. Edição. 2011. Disponível em < <http://bit.ly/18nNXBG>>. Acesso em 06 dez 2013.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011).** Brasil, 2012. Disponível em: < <http://bit.ly/18P6cM2>> . Acesso em 17 abr 2013.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Brasília: Ano II - nº 1, 2013. Disponível em < <http://bit.ly/18o4SAV>>. Acesso em 05 dez 2013.

MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (orgs). **História do corpo.** Petrópolis: Vozes, 2008, v. 3 As mutações do olhar. O século XX, p. 15-82.

NASCIMENTO, Dilene R. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil - uma história comparada,** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

NILO, Alessandra. Controle Social, comunicação e Aids. In: NILO, Alessandra et al. (org) **Comunicaids: Políticas públicas e estratégias de controle social.** São Paulo: Ed. Ágil; 2005.

OLIVEIRA, Valdir de Castro ; REZENDE, Daniela Saget . Comunicação e mediações em aids: um olhar sobre o silêncio e o silenciamento no universo feminino da epidemia. **Revista Organicom**, v. 9, p. 140-153, 2012.

ONU. **Declaração Política sobre HIV/AIDS**: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/AIDS. Resolução A/RES/65/277, adotada pela Assembleia Geral em 10 de junho de 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/hegcbZ>>. Acesso em 10 abr. 2013.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em <<http://bit.ly/19qJMfR>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

OPAS/OMS. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. 1986. Disponível em <<http://bit.ly/1d1BjGf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

OPS - Organização Pan-Americana da Saúde. **La perspectiva de género en las cuñas televisivas sobre VIH**. Washington, D.C.: OPS, 2010. Disponível em: <<http://bit.ly/1fr9H2h>>. Acesso em 17 abr 2014.

ORLANDI, E. L. P. **Cidade dos Sentidos**. Campinas: Pontes, 2004.

\_\_\_\_\_. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 6. ed. Campinas: Pontes, 2005. v. 1. 100 p.

PAHO - Panamerican Health Organization. **Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños**. 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/14Zy3v5>>. Acesso em 17 abr 2013.

PARKER, Richard. **A construção da solidariedade**. AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume –Dumará; ABIA:IMS; UERJ, 1994.

\_\_\_\_\_. **Na contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000. 159p.

PASSOS, M. R. L.; ARZE, W. N. C.; MAURICIO, C.; BARRETO, N. A.; Varella RQ; Cavalcanti SMB; Giraldo PC. Há Aumento de DST no Carnaval? Série Temporal de Diagnósticos em uma Clínica de DST. **Revista da Associação Médica Brasileira** (1992). Impresso, v. 56, p. 420-427, 2010.

PAZ, Josi. **Aids anunciada**: a publicidade e o sexo seguro. Brasília, DF: Editora UnB, 2007.

PÊCHEUX, M. Só há causa daquilo que falha ou o inverno político francês: início de uma retificação. In: **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Campinas: Ed. Unicamp, 1997a, pp 293-307.

\_\_\_\_\_. **Semântica e Discurso. Uma crítica à Afirmação do Óbvio**. Campinas: Ed. Unicamp, 1997b.

PELBART, Peter Pál. Biopolítica. **Sala Preta**, n.7, p.57-65. 2007. Disponível em <<http://bit.ly/1cIL44j>>. Acesso em 30 out 2013.

PEREIRA, J. R. Frentes Parlamentares. In: SANTOS, F.R.; PEREIRA, J.R.; LEÃO, M.A.B. (org.). **Para uma nova forma de ativismo**: Projeto Rede de Proteção Humana Brasil. São Paulo: Cuore; 2011. 125 p.

PINHEIRO, C. V. Q.; MEDEIROS, N. M. - Práticas de prevenção do HIV/Aids e modos de subjetivação. **Physis** [online]. 2013, vol.23, n.2, pp. 629-646. Disponível em <<http://bit.ly/1aHxLfb>>. Acesso em 30 out 2013.

Portaria no. 2.313 de 19 de dezembro de 2002. Institui o incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DTS. **Diário Oficial [da]**

**República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 mar. 2003. Incluindo anexos. Disponível em: <<http://bit.ly/1bzVobF>>. Acesso em 8 fev. 2011.

PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS. **Site da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. 2 jan 2012. Disponível em <<http://bit.ly/1e85keD>>. Acesso em 12 dez 2013.

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

SALVÀ, Peppe. "**Deus não morreu. Ele tornou-se Dinheiro**". **Entrevista com Giorgio Agamben**. Tradução de Selvino J. Assmann. 16.08.2012. Disponível em <<http://bit.ly/PtFLUn>>. Acesso em 24 mar 2013.

SANTOS, L. H. S.. Do discurso publicitário biomédico ao discurso publicitário comercial: o marketing social em suspeição nas campanhas de prevenção ao HIV/AIDS. In: **Anais da 26a. Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação**, Poços de Caldas - MG. 2003. Disponível em <<http://bit.ly/17xIBnt>>. Acesso em 30 out 2013.

SILVA, L. A. V.. Masculinidades transgressivas: uma discussão a partir das práticas de barebacking. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder**, 2008, Florianópolis. 2008. Disponível em <<http://bit.ly/1026Xhd>>. Acesso em 17 jan 2012.

SOARES, Rosana de Lima. **Imagens veladas: aids, imprensa e linguagem**. São Paulo: Annablume, 2001.

SOHN, Anne-Marie. O Corpo Sexuado. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques e VIGARELLO, Georges (orgs). **História do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2008, v. 3 As mutações do olhar. O século XX, p. 109-154.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora – AIDS e suas metáforas**. SP: Cia das Letras, 2007.

SOUSA, Paulo César Castro de. **AIDS, mídia impressa e sexualidade: práticas e comportamentos sexuais em tempos de HIV nos discursos de Veja e IstoÉ**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

SPINK, Mary Jane P.; MEDRADO, B.; MENEGON, V. LYRA, J.; LIMA, H. **A construção da AIDS-notícia**. Cad. Saúde Pública, Ago 2001, vol.17, no.4, p.851-862. Disponível em <<http://bit.ly/1bIjzV6>>. Acesso em 13 fev. 2013.

TERTO JR., Veriano. Prefácio. In: SANTOS, F.R.; PEREIRA, J.R.; LEÃO, M.A.B. (org.). **Para uma nova forma de ativismo: Projeto Rede de Proteção Humana Brasil**. São Paulo: Cuore; 2011. 125 p.

TRONCA, Italo. **As máscaras do medo: lepra e AIDS**. Campinas (SP): Editora da. Unicamp; 2000.

UNGASS-Aids. **Relato Alternativo da Sociedade Civil 2012**. 2012. Disponível em <<http://bit.ly/1ag4TbW>>. Acesso em 16 abr 2013.

VALLE, C. G. O. . Identidades, doença e organização social: um estudo das 'pessoas vivendo com HIV e AIDS'. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, p. 179-210, 2002.

VARELLA, Dráuzio. **Circuncisão e Aids**. 2013. Disponível em <<http://bit.ly/1icGuvC>>/ Acesso em 23 nov 2013.

VAZ, Paulo; POMBO, M.; FANTINATO, M.; PECLY, G.. O fator de risco na mídia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 21, Apr. 2007. Disponível em <<http://bit.ly/15NFjeE>>. Acesso em 07 abr 2013.

VICTOR, Dório. Carnaval não aumenta casos de DST no Rio, diz pesquisa. **Portal de notícias G1**. 23 jan 2008. Disponível em <<http://glo.bo/19jNkK6>>. Acesso em 12 dez 2013.

22% dos brasileiros com HIV se consideram um “peso” para família e amigos. **R7 Notícias**. 26 nov 2010. Disponível em <<http://bit.ly/1f9rIAP>>. Acesso em 12 dez 2013.

## **APÊNDICE: ENTREVISTAS COM SOROPOSITIVOS**

Disponibilizamos apenas a transcrição do áudio das entrevistas, visto que garantimos legalmente o completo anonimato dos participantes, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por ambas as partes, segundo exigência do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF. Outra exigência é que os áudios sejam mantidos pela pesquisadora, em sigilo, por cinco anos após as entrevistas. As transcrições das entrevistas estão disponíveis no CD anexo a esta dissertação e no *site*: <http://bit.ly/1g2YIKW>.

## **ANEXOS**

### **1 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFJF**

O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, expedido em 22/11/2012, está disponível no CD anexo a esta dissertação e no *site*: <http://bit.ly/1g2YIKW>.

### **2 CAMPANHAS DE OUTRAS OSC-AIDS**

As campanhas estão disponíveis no CD anexo a esta dissertação e no *site*: <http://bit.ly/1g2YIKW>.

### **3 OUTRAS CAMPANHAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

As campanhas estão disponíveis no CD anexo a esta dissertação e no *site*: <http://bit.ly/1g2YIKW>.

### **4 CAMPANHAS ANALISADAS**

As campanhas estão disponíveis no CD anexo a esta dissertação e no *site*: <http://bit.ly/1g2YIKW>.