

## Aids, Jornalismo e Risco<sup>1</sup>

Stéphanie Lyanie de Melo e COSTA<sup>2</sup>

Janine Miranda CARDOSO<sup>3</sup>

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ

### Resumo

Este artigo discute as relações entre saúde, comunicação e poder, problematizando o conceito de risco, as estratégias de prevenção ao HIV/AIDS e o jornalismo. Refletimos sobre a generalização da ideia de autocuidado *versus* a descoletivização dos riscos, o papel da mídia e suas ressonâncias entre os diversos sujeitos e segmentos sociais acerca da epidemia de aids. Por fim, sugerimos uma nova investida nos estudos sobre Jornalismo & Aids que busque compreender como o discurso do risco está presente na cobertura jornalística acerca desta epidemia.

**Palavras-chave:** comunicação; saúde; jornalismo; aids; risco.

### Introdução

Fenômenos epidêmicos, por sua tragicidade e por poderem virtualmente atingir a todos, motivaram, ao longo da história, a busca de explicações acerca do porquê se abateram sobre tantos indivíduos, e por que sobre estes e não outros. Eles expõem a vulnerabilidade do ser vivente e suscitam o medo do contágio e da morte, que justificam as medidas técnico-sanitárias e as construções simbólicas para detê-los.

O HIV/AIDS<sup>4</sup> (vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida) responde por um dos *dramas epidêmicos* (ROSENBERG, 1992) mais relevantes da atualidade e atesta a centralidade dos discursos midiáticos na construção dos eventos contemporâneos, e, em particular, nas possibilidades de enfrentamento de epidemias. Desde sua emergência, na década de 1980, no contexto de profundas mudanças políticas, econômicas, culturais e tecnológicas, pode-se dizer que a aids agiu como um “revelador social”, em âmbito local e mundial, da capacidade de resposta simbólica e material de diferentes países (CARDOSO, 2001), justamente quando se imaginava que o desenvolvimento científico já teria relegado ao passado as grandes epidemias.

---

<sup>1</sup>Trabalho apresentado no GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade, XV Encontro dos Grupos de Pesquisas em Comunicação, evento componente do XXXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

<sup>2</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz). Bolsista CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

<sup>3</sup> Professora do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

<sup>4</sup> Seguiremos o padrão de grafia para “aids” adotado pelo Ministério da Saúde: aids, quando se tratar da epidemia; Aids quando for nome de um setor, título etc. (ex.: Coordenação Nacional de DST e Aids); AIDS quando estiver em meio a outras siglas em caixa alta.

Nesse início de século, a aids permanece como desafio. Entre as vitórias significativas, proporcionadas pela sinergia entre a mobilização de redes sociais e de solidariedade em escala planetária e o avanço das pesquisas, estão as novas drogas e tratamentos (que aproximam a aids do *status* de doença crônica e possibilitam inegável melhoria da qualidade de vida de portadores e doentes); a diminuição do preconceito e da discriminação; e a ampliação da garantia dos direitos humanos de soropositivos em várias partes do mundo. Em escala global, a pandemia tem decrescido: houve redução de 35% em novas infecções por HIV e 41% nas mortes relacionadas à aids (UNAIDS, 2015). Contudo, em certas regiões do globo tem havido um recrudescimento da epidemia: a aids está concentrada nos países mais pobres e, tanto nos países periféricos quanto nos centrais (como os do Leste Europeu), “segue a rota da exclusão e da marginalização, acompanhando a pobreza, a privação de direitos humanos e civis, o preconceito, a violência, o tráfico de drogas e de armas, a prostituição infantil e o analfabetismo, cujos efeitos não são imunes às hierarquias de gênero e de etnias” (CARDOSO, 2001, p. 85).

Mais recentemente, os indicadores da epidemia no Brasil pioraram de maneira preocupante. Desde 2011, os novos casos anuais são mais de 40 mil, os óbitos voltaram a crescer - em 2013 foram 12.700 mortes, número similar ao de 15 anos atrás, quando a terapia antirretroviral gratuita no SUS ganhou reforços. Nas regiões Norte, Nordeste e Sul, as taxas de mortalidade por aids chegaram a ser até duas vezes maiores do que no período anterior à política de acesso aos antirretrovirais. A epidemia voltou a assumir contornos similares aos do início dos anos 1980: concentração nos centros urbanos e recrudescimento entre homossexuais e jovens nascidos após meados da década de 1990, com taxas de incidência maiores do que as registradas entre os que iniciaram sua vida sexual logo após o início da epidemia. Pesquisa do Ministério da Saúde mostrou que pelo menos 45% da população sexualmente ativa do país não usaram preservativo nas relações sexuais casuais nos últimos 12 meses (SCHEFFER, 2015). Ademais, estimativas apontam que o número de pessoas infectadas que conhecem o seu diagnóstico e estão fora dos serviços de saúde ou com carga viral detectável (296.000) seria cerca do dobro do número de pessoas que não se sabem soropositivas (145.000). Este é um desafio para as políticas que visam garantir a oferta e a adesão ao tratamento de forma sustentável ao largo do tempo. Da mesma forma, ainda não conseguimos eliminar a transmissão vertical do HIV e da sífilis, tampouco ofertar tratamento às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e ao diagnóstico do HIV de forma satisfatória (GRANGEIRO et al., 2015).

Entre os vários desafios, o da prevenção renova-se cotidianamente, sob condições sociais, técnicas e culturais muito diferentes dos primeiros tempos da epidemia. Neste artigo, buscamos contribuir com a reflexão sobre alguns aspectos que incidem nas estratégias públicas de prevenção ao HIV/AIDS, especificamente a cultura do risco/segurança, o papel do jornalismo para sua sustentação e algumas de suas ressonâncias nas relações entre os diversos segmentos envolvidos na epidemia no Brasil.

### **O discurso do risco na saúde e na prevenção ao HIV/AIDS**

Ainda que haja várias interpretações sobre o conceito de risco (segundo distintos campos do conhecimento e práticas sociais que orientam nossas cotidianidades), entendemo-lo aqui como a “forma específica de objetivação do perigo pelo cálculo antecipado das probabilidades de ocorrência de um determinado evento.” (CARDOSO & VAZ, 2014, p. 2). Ou seja, enquanto o conceito de perigo revela que um evento futuro pode ou não acontecer, o conceito de risco opõe-se ao fatalismo e ressalta o poder da ação humana na ocorrência ou não deste evento, através da identificação, antecipação e tomada de uma decisão racional (principalmente se cientificamente orientada) para evitá-lo no tempo presente. Portanto, é “um constructo que tem no desenvolvimento técnico-científico, na reflexividade e na ampliação da liberdade de escolha e responsabilidade individuais as condições de possibilidade para se consolidar como operador de micro e macro decisões” (CARDOSO & VAZ, 2014, p. 2-3). Assim, risco é, simultaneamente, produto do conhecimento científico e nossa forma cultural específica de lidar com o perigo, de definir ações, diretrizes morais e comportamentais para preveni-lo e de atribuir responsabilidades a cada um, às instituições e aos governos (CARDOSO, 2012).

Para nós, o risco é um dos dispositivos do biopoder (FOUCAULT, 2000) contemporâneo, visto que visa, através de procedimentos e cálculos de maximização da vida, projetar e sustentar ideais de longevidade e de bem-estar, ao mesmo tempo em que conforma condutas e subjetividades. Mas, se no capitalismo industrial este biopoder visava, antes de tudo, maximizar a força de trabalho através de um corpo dócil, saudável e produtivo, na atual fase de superprodução capitalista visa conformar sujeitos que atendam aos imperativos do consumo, “crescentemente ditado não pela necessidade, mas pelas possibilidades de prazer, de autossatisfação, no tempo voraz das oportunidades únicas.” (CARDOSO, 2012, p. 38). Para o sujeito contemporâneo, está disponível toda uma indústria farmacêutica, de diagnóstico, de clínicas estéticas, de academias de ginástica etc.

O risco, portanto, une o indivíduo moral e responsável ao indivíduo econômico e racional (CASTIEL et al., 2010), projetando-se como um mecanismo indispensável ao autocontrole de excessos na ampla gama de prazeres possíveis.

O risco desempenha hoje o papel estratégico que a norma representou na sociedade moderna instaurada no século XIX (VAZ, 2004) e, para funcionar, necessita que os sujeitos o introjetem a fim de que “cada um discipline a si mesmo, que se inquiete com os sinais de anormalidade que nota em si e busque correção.” (CARDOSO, 2012, p. 32). Ele é, portanto, uma tecnologia de poder própria à nossa era, em que o controle se exerce cada vez mais virtualmente, à distância, por meio de fluxos de informação e mecanismos de monitoramento – não de indivíduos, mas de fatores:

Intervir não significa mais, ou, pelo menos, não inicialmente, ter como meta um determinado indivíduo, a fim de corrigir, punir ou cuidar dele ou dela [...]. As novas políticas preventivas economizam essa relação de imediatismo, porque do que elas tratam, num primeiro tempo, pelo menos, não são indivíduos, mas fatores, correlações estatísticas. [...] Assim, pode-se falar menos de uma vigilância que, mesmo a distância, suscita sempre alvos precisos e materiais, do que de construção de combinatória sistemática de todos os grupamentos possíveis, suscetíveis de produzir risco. (CASTEL, 1987, p. 126).

Enquanto o conceito de norma pressupunha uma fronteira bem demarcada entre saudáveis e doentes (CANGUILHEM, 2002), o conceito de risco presente na epidemiologia do século XX a ultrapassa (MOULIN, 2008), criando um estado generalizado de quase-doença: todos podemos vir a adoecer no futuro, se não nos cuidarmos no presente. Instala-se, pois, o cuidado crônico com a saúde.

Há, no entanto, diferenças significativas no manejo das técnicas estatísticas para a construção da norma e do risco. Na primeira, [...] uma população de indivíduos ou acontecimentos heterogêneos são dispostos entre polaridades antagônicas, uma massa homogênea conforme a norma, sendo o desvio, ou o anormal, essa “extensão hostil” que não cabe no padrão de normalidade. As técnicas de inferência estatísticas para estimativa de riscos também partem de um conjunto heterogêneo, mas para nela encontrar, ao contrário, “vários subgrupos homogêneos (Pratt, 1995). Nesse caso, nenhum indivíduo tem um risco zero em relação a alguma coisa; há apenas grupos com diferentes níveis de risco (VAZ, 2004, p. 12).

Dessa forma, a maneira de nos relacionarmos com a morte também é reconfigurada, pois, através de sua ausência, ela se faz presente: como quase-doentes, vivenciamos uma experiência médica da morte cotidianamente.

Para que os indivíduos cuidem de si, a morte deve estar a uma distância adequada, aquela onde acreditam que podem evitá-la, nem muito afastada no horizonte das decisões cotidianas, para que seja ignorada quando se age, nem próxima demais, de modo a que se pense que nada pode ser feito para adiá-la e que o melhor é repensar a relação com a vida. (VAZ et al., 2007, p. 150).

A construção e a legitimação da normatividade da lógica do risco no cuidado à saúde ancoram-se fortemente em dois aspectos: na eficácia epistemológica da *epidemiologia* na validação dos discursos científicos sobre o processo saúde-doença-cuidado e na eficácia simbólica do conceito de *estilo de vida* na conformação de subjetividades instituintes e instituídas por políticas de promoção da saúde (AYRES, 2011).

O modelo brasileiro de prevenção ao HIV/AIDS 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 do discurso do risco e de uma pedagogia incidente nos comportamentos e modos de vivência da sexualidade (RODRIGUES, 2012). Nesse campo, o cálculo do risco refere-se principalmente a medidas individuais para evitar a contaminação por HIV e, no caso de já se estar infectado, a evolução do quadro clínico para a aids e a transmissão do vírus a outros, através da escolha por um determinado “estilo de vida” tido como “saudável” – e, por conseguinte, “responsável” (CASTIEL, 1996), já que, se conhecemos os riscos e as medidas de contenção dos danos (a nós e aos outros), “torna-se um dever, uma obrigação moral. Não agir contra riscos é cada vez mais socialmente visto como negativo” (VAZ, 2004, p. 13). Os sujeitos são interpelados continuamente a autogerenciarem suas cotas de riscos, através do uso racional das informações que lhes são ofertadas.

Essa noção de risco subjaz toda a política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil (que se quer sempre mais fundamentada em estudos médicos baseados em evidência), 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.

O primeiro problema do discurso do risco, bastante explorado na literatura, é a culpabilização do doente, considerado responsável por sua enfermidade, já que conhecedor dos riscos de contraí-la e/ou agravá-la:

Esta abordagem do problema não é só ineficaz; como muitos estudos conduzidos desde então têm mostrado, ela também é injusta, pois leva a colocar nas próprias pessoas com AIDS a responsabilidade por sua aflição, uma inversão clássica da

ordem das coisas, que consiste em ‘culpar a vítima’<sup>5</sup> (FASSIN, 2007, p. 25-26, tradução nossa).

O segundo é que, ao buscar evitar um sofrimento futuro por meio de medidas racionais, acaba gerando no sujeito um sofrimento presente: “Trata-se de uma mudança na direção temporal do arrependimento: quer-se que a pessoa se arrependa, não depois, mas antes de tomar uma decisão, pela mera possibilidade de vir a sofrer” (VAZ et al., 2007, p. 150). E o que angustia o sujeito não é tanto o desvio de padrões “normais”, a recriminação moral e o sentimento de culpa que isso acarreta, mas sim o “impossível equilíbrio esquizofrênico entre a busca pela satisfação de desejos propiciados pelas múltiplas tentações oferecidas paroxisticamente ao nosso redor e um comedimento responsável para que não nos consumamos neste turbilhão.” (CASTIEL et al., 2010, p. 124). Como destacamos antes, somos assediados ininterruptamente pelas mais diferenciadas oportunidades de prazer e, simultaneamente, lembrados a cada momento dos riscos aí implicados. Diante do afrouxamento dos dispositivos disciplinares (família, religião, escola), estamos, como diz o ditado, “por nossa conta e risco”. Ora, no campo do HIV/AIDS, o sexo (principalmente) torna-se esse *locus* de imbróglgio pessoal, onde a lógica do risco mais falha: “Um primeiro elemento de moderação na ‘ascese’ é a valorização do prazer sexual: o controle do corpo não pode incidir sobre esses prazeres tão intensos.” (VAZ et al., 2007, p. 151).

O terceiro problema a ser destacado refere-se à individualização dos cuidados à saúde, descoletivizando-se os riscos, obscurecendo o fato de que alguns sujeitos (por questões biológicas e comportamentais, mas também por questões sociais, econômicas, culturais e pragmáticas) estão sob maior vulnerabilidade que outros – o que é particularmente evidente no caso do HIV/AIDS. A desconsideração de diferenças, por um lado, e de desigualdades, por outro, convergem para a descontextualização das estratégias, ignorando-se que lidamos não com uma, mas com várias epidemias de HIV/AIDS. (PARKER & CAMARGO JR, 2000).

Não é coincidência que tais características se manifestem também nas campanhas publicitárias de prevenção. A lógica do risco, como atestado por nós (CARDOSO, 2001; COSTA, 2014), está presente na maioria das campanhas públicas de mobilização ao HIV/AIDS feitas no Brasil até o momento, seja de governos ou mesmo de organizações da

---

<sup>5</sup> ”Not only is this approach to the problem ineffective, as many studies conducted since have shown, it is also unjust, because it leads to laying responsibility for their affliction on people with AIDS themselves, a classic reversal of the order of things that consists in “blaming the victim.”

sociedade civil. Discurso naturalizado que, a despeito da diversidade de posicionamentos políticos, não deixa de favorecer as teses neoliberais, pois as responsabilidades individuais quanto à saúde substituem ou contêm as ações para diminuir as desigualdades estruturais da sociedade e fomentam o retraimento das políticas de seguridade social (CARDOSO, 2012). Desde meados dos anos 1980 a crise do Estado de bem-estar impulsionou as pesquisas sobre fatores de risco que, por admitirem apenas o que é especificável e quantificável, desconsideram as causalidades socioculturais para a saúde e a doença, tão cara à prática de saúde pública na modernidade, quando se acreditava na engenharia social (VAZ et al., 2007).

Havia naquela mesma época no Brasil o movimento da reforma sanitária, que criticava o modelo explicativo do processo saúde-doença centrado apenas nas interações entre agente, meio ambiente e hospedeiro, ainda não problematizado pelo movimento preventivista. Mesmo que este último adotasse uma concepção positiva de saúde (entendida como o estado de completo bem estar físico, mental e social) e atentasse para a multicausalidade dos estados de doença e de saúde, relegava ao segundo plano as iniquidades sociais e promovia a medicalização de todas as esferas da vida (AROUCA, 2003).

Empenhados na transformação da saúde pública, no bojo da luta pela redemocratização do país, os reformistas, atentando para os determinantes sociais da saúde, incorporaram a noção de risco da análise multicausal e do processamento estatístico das relações interfatoriais, aperfeiçoando os modelos de vigilância sanitária e intensificando a prática de exames preventivos, cada vez mais diversificados e em menor intervalo de tempo (CARDOSO, 2012). Estas duas visões de saúde ainda convivem: como “direito de todos e dever do Estado”, segundo reza a constituição nacional de 1988 (BRASIL, 2010), mas também apropriada fundamentalmente como responsabilidade do indivíduo. Raciocínio análogo pode ser aplicado ao conceito epidemiológico de risco, que certamente produz conhecimentos e avanços, mas na configuração social contemporânea tem extrapolado a análise epidemiológica e fundamentado uma cultura de viés individualista e medicalizante.

### **Discursos jornalísticos acerca da aids & risco**

Partimos do pressuposto de que os sentidos de epidemia – e, com ela, os de risco, saúde, doença, sofrimento, vida e morte – não são únicos, definitivos, fixados no tempo, mas sim continuamente ressignificados ao longo da história, frutos de deslocamentos

operados na luta de interpretações. E essas mudanças de sentido podem ser percebidas nos discursos jornalísticos acerca desses fenômenos epidêmicos, entendendo que o jornalismo não só torna visível, mas também constrói aquilo que narra.

Jane Galvão (2000) compreende a cobertura da mídia como uma das primeiras respostas da sociedade civil (do setor privado) no Brasil à aids, antecipando-se mesmo à de outros setores (como movimentos sociais, governos, profissionais da saúde etc.) e pautando-os. A emergência da aids deixou patente a capilaridade planetária dos meios de comunicação e, ao mesmo tempo, a concentração de poder em certos veículos e 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).

A cobertura jornalística 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). Ela também 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:

[...] 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).

Em revisão bibliográfica sobre a cobertura jornalística brasileira acerca da aids (COSTA, 2014), identificamos pelo menos três períodos distintos. No primeiro, entre 1981 e 1983, antes mesmo de os primeiros casos serem reportados no Brasil, tratava-se principalmente de despachos de agências de notícias internacionais sobre os casos nos EUA, configurando a doença como “um problema dos outros”, distante de nossa realidade. Como as principais fontes de informação eram as agências de notícias e de pesquisas daquele país, tais matérias foram fortemente influenciadas pelo fazer jornalístico norte-americano. Inicialmente, os jornais brasileiros vinculavam a aids à homossexualidade, denominando-a como *câncer gay*, *peste gay* e *peste rosa*, apesar de o termo *AIDS* já ter sido estabelecido oficialmente em 1982.

O segundo momento da cobertura jornalística brasileira sobre a aids inicia-se com os primeiros casos da doença no território nacional: homossexuais ricos brasileiros, que faziam constantemente a rota Rio/São Paulo e Nova York/Paris, muitas vezes representados como promíscuos. A cobertura intensificou-se principalmente quando do surgimento de casos em



pessoas não enquadradas tradicionalmente nos “grupos de risco”. Principalmente entre 1983 e 1985, quando a epidemia começou a se disseminar, os títulos favoreciam a instalação de pânico ao informarem a quantidade de novas vítimas fatais. Ademais, ao mostrarem perfis diferenciados de doentes, contribuíram para a ideia de que a aids poderia atingir qualquer pessoa. O “lado humano” da síndrome foi apresentado pelo sofrimento dos pacientes, associado à morte, ao desespero, ao suicídio e à transgressão, pelos quais eles apontavam 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. Com o surgimento de casos entre crianças, mulheres, heterossexuais e hemofílicos, a mesma imprensa que, no início dos anos 1980, pautou a aids como *peste gay*, no fim da década pautou o preconceito contra os doentes. Entre 1983 e 1987, os termos mais utilizados no jornalismo para se referir a eles foram *vítima*, *paciente* e *portador de AIDS*. Até meados dos anos 1990, os casos da epidemia entre os famosos configuraram o principal agendamento da cobertura pela mídia brasileira.

O terceiro momento da cobertura jornalística da aids, até então fatal, inicia-se em 1987, quando a ciência começa a vislumbrar um tratamento para a síndrome, com o primeiro antirretroviral para a aids, o AZT (Azitotimidina). A expressão que mais prevaleceu para se referir aos soropositivos foi *aidético*. Entretanto, a partir de 1991-92, o tratamento à doença tornou-se uma realidade, com o advento de novas classes de drogas, passando a surgir pacientes que, devidamente medicados, 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”. A terapia tríplice passou a ser divulgada euforicamente, com muitas notícias veiculando o *fim da AIDS* e o sucesso do programa brasileiro de aids, considerado *um dos melhores do mundo*. Desde então, a cobertura jornalística vem acentuando uma tendência observada ao longo dos anos de priorizar as novas descobertas científicas da doença, integrando-se a rotina do noticiário ao ritmo da pesquisa científica, das ações dos agentes de saúde e dos organismos estatais – em detrimento de temas que envolvem cidadania e discriminação. Da mesma forma, os soropositivos 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.

Se a abordagem da epidemia de aids pelo jornalismo despertou o interesse de pesquisadores brasileiros, desde o advento da terapia tríplice, em 1996, no entanto, é

sensível a diminuição tanto do espaço concedido ao tema na imprensa, quanto nas pesquisas relacionadas à cobertura jornalística, se comparados aos períodos anteriores. Contudo, desde a transição dos anos 2000 para os 2010 vêm ocorrendo mudanças significativas no saber médico sobre a síndrome e, conseqüentemente, nas formas de enfrentamento. Hoje, o principal debate gira em torno de novas tecnologias preventivas, suas eficácias, seus custos e a disponibilidade de os países as adotarem. São eles: o tratamento à aids como prevenção, a PEP (profilaxia pós-exposição), a PrEP (profilaxia pré-exposição) e a circuncisão masculina. A seguir, explicaremos brevemente cada um deles.

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, verificou-se 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 (35%) e por herpes (25%). Contudo, os cientistas ainda não entendem as causas biológicas disso. Segundo compromisso firmado pelo Brasil ao assinar a *Declaração Política sobre HIV/AIDS: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/AIDS* (ONU, 2011), 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.

A PEP, 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 por um profissional de saúde que, com base em uma tabela<sup>6</sup> do Ministério da Saúde (MS), indica ou não o uso da PEP. Nos casos recomendados, ministram-se à pessoa medicamentos utilizados na terapia antirretroviral (TARV), 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, o MS ofertava a PEP apenas a vítimas de violência sexual e profissionais da saúde que se acidentavam com material contaminado. A partir de outubro de 2010, ele passou a ofertá-la no SUS e a indicá-la também para pessoas que compartilharam seringas ou que mantiveram relações sexuais consideradas de risco (BRASIL, 2012). Em dezembro de 2013, o MS anunciou que passaria

---

<sup>6</sup> Acesse um exemplo da tabela utilizada em: <http://bit.ly/1jGEkA0>. Acesso em 26 nov 2013.

a ofertar a PEP não mais apenas nos serviços especializados, mas na rede básica de saúde, para facilitar o acesso da população.

A TARV tem enorme impacto no controle da epidemia e pode representar um instrumento adicional na prevenção da síndrome, pois foi descoberto que ela pode reduzir a chance de transmissão do HIV em até 96%, nível similar ao do uso da camisinha<sup>7</sup>. Diante disso, o governo brasileiro anunciou em dezembro de 2013 a oferta de TARV para todos os infectados, independentemente da carga viral ou da contagem de células CD4 (células de defesa do organismo atacadas pelo HIV). Antes do Brasil, apenas Estados Unidos e França haviam adotado a medida.

Outro método preventivo envolvendo os antirretrovirais é a PrEP. 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>8</sup> apontam proteção à infecção entre 67% e 94,9%. Entretanto, não se sabe ainda os efeitos desses remédios em um corpo sadio. Ademais, a eficácia deste método depende da satisfatória adesão do paciente ao regime proposto, e sua utilização acarretaria em mais custos ao governo. Em dezembro de 2013, o MS anunciou que implantaria, pela primeira vez, a PrEP no Rio Grande do Sul (estado onde a epidemia está generalizada), em grupos mais vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, travestis, transexuais, usuários de drogas, pessoas privadas de liberdade e em situação de rua. Os resultados lá alcançados servirão de base para, futuramente, o MS decidir ou não expandir a PrEP para todo o território nacional.

Tais métodos preventivos, assim como as características que a epidemia vem assumindo no Brasil, demandam a intensificação de estudos sobre Jornalismo & Aids. A este esforço nos somamos, buscando compreender as disputas de sentidos presentes na cobertura jornalística sobre a síndrome, especialmente no que se refere ao discurso do risco.

---

<sup>7</sup> O protocolo de pesquisa HPTN 052, conduzido pelo *National Institute of Health* dos EUA, em 2011, com 1763 casais sorodiscordantes de todos os continentes, incluindo brasileiros, ministrou antirretrovirais aos indivíduos HIV-positivos, que iniciaram o tratamento preventivo precocemente e foram acompanhados durante 19 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.

<sup>8</sup> A agência estadunidense *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.

Os vínculos entre saúde e imprensa não cessaram de se estreitar desde o século XIX, principalmente após a institucionalização de uma medicina propriamente preventiva e, atualmente, já constituem um ponto de transição na história do cuidado com a saúde (VAZ et al., 2007; ZAVARESE, 2003). A afirmação da cultura do risco também não prescindiu da mídia, *locus* privilegiado de produção e circulação de sentidos sociais, através dos quais indivíduos e coletivos percebem a realidade, orientam-se (por mecanismos de identificação ou contraidentificação) e modelam expectativas. Mas, não menos relevante, importa atentar para o papel constitutivo da mídia na produção do risco: “os meios de comunicação são parte da constelação tecnológica através da qual os riscos surgiram [...] além de acelerar os fluxos de informação, as tecnologias de informação e comunicação também contribuem para a aceleração dos riscos” (VAN LOON, 2002, p.11).

### **Considerações finais**

Estamos realizando, no âmbito do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), pesquisa de doutorado visando compreender como o jornalismo brasileiro constrói, em suas narrativas, sentidos sobre epidemias, riscos, saúde, doença, sofrimento, vida e morte, através da análise da cobertura jornalística sobre epidemia de HIV/AIDS. Nossa questão principal de investigação é: como o discurso do risco esteve presente/ausente nessas narrativas, em diferentes conjunturas sociais, sanitárias e científicas?

No momento, estamos definindo o recorte temporal e os veículos que pretendemos investigar. Ainda que outros estudiosos já tenham pesquisado a cobertura jornalística acerca da aids, as questões de pesquisa que nos movem são outras. Adotaremos como referencial teórico-metodológico a Análise de Discurso, com a qual buscaremos mapear os sentidos e os deslocamentos discursivos acerca da epidemia de aids. Ao nos debruçarmos sobre as matérias, visaremos responder: 1) quais são as explicações principais vocalizadas na imprensa para a continuidade da epidemia, há quase três décadas e meia?; 2) quais vozes foram mais ouvidas e quais foram negligenciadas?; 3) quais os fatores de risco, hábitos ou “estilos de vida” foram colocados, ao largo das décadas, como capazes de produzir e/ou favorecer a infecção por HIV/AIDS ou de evitá-la?; 4) da mesma forma como a mídia colocou a aids nos anos 1980 como problema público de grande urgência que merecia atenção de todos em suas cotidianidades, como ela ainda a mantém como tema de interesse público?; 5) quais as repercussões das coberturas jornalísticas acerca do HIV/AIDS sobre a

elaboração de políticas públicas de enfrentamento à epidemia e vice-versa?; 6) quais ideais de saúde percorrem essas coberturas jornalísticas?; 7) como os soropositivos e os doentes de aids foram ressignificados ao longo dos anos, e como foram/são os relatos sobre seu sofrimento?

A oportunidade de debate com os colegas do GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade da Intercom certamente trará contribuições valiosas ao amadurecimento da proposta e desenvolvimento da investigação.

## REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **O dilema preventivista** – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AYRES, J.R.C.M. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 27, p. 1866-1867, 2011.

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.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARDOSO, J. M.; VAZ, P. **O ‘drama epidêmico’ da dengue**: causas, sofrimento e responsabilidades no Jornal Nacional (1986-2008). Anais do XII Congresso do ALAIC. 2014.

CARDOSO, J. M. **Comunicação, saúde e discurso preventivo**: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999). 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2001.

\_\_\_\_\_. **Entre vítimas e cidadãos**: risco, sofrimento e política nas narrativas do Jornal Nacional sobre as epidemias de dengue (1986-2008). Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2012.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTIEL, L. D. Crime e castigo: risco e prevenção do HIV/Aids. In: **Moléculas, moléstias, metáforas**: o senso dos humores. São Paulo: Unimarco, 1996. p. 81-100.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o Risco**: uma introdução aos riscos em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. v. 1. 134p.

COSTA, S. L. M. **Comunicação, campanhas e bioidentidades**: discursos sobre o HIV entre governos, OSCs e soropositivos. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais. 2014. Disponível em <<http://bit.ly/1g2YIKW>>. Acesso em 22 set. 2014.

- FASSIN, D. **When Bodies Remember**. Experiences and Politics of AIDS in South Africa. University of California Press: Berkeley and Los Angeles, 2007.
- FAUSTO NETO, A. **Comunicação & Mídia impressa**: estudo sobre a AIDS. São Paulo: Hacker Editores, 1999.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976), (trad. de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- GALVÃO, J. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 52, Feb. 2015.
- KECK, F.; RABINOW, P. Invenção e representação do corpo genético. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G.(orgs). **História do corpo**: as mutações do olhar. O século XX. Vol. 3, Petrópolis: Vozes, 2008, pp. 83-108.
- MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. (orgs). **História do corpo**: as mutações do olhar. O século XX. Vol. 3, Petrópolis: Vozes, 2008, p. 15-82.
- 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.
- PARKER, R. CAMARGO JR., K. AIDS e Pobreza: aspectos antropológicos e sociológicos. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 16 (suplemento 1), p. 89-102, 2000. Disponível em: <<http://bit.ly/1fp26Fk>>. Acesso em: 23 jul 2010.
- RODRIGUES, F. D. **Os enunciados das campanhas de prevenção à Aids no Brasil e seus dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. 2012.
- ROSENBERG, C. What is an epidemic? AIDS in historical perspective. In: ROSENBERG, C. **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 278-293.
- SCHEFFER, M. C. **Prevenção em aids no Brasil**: depois do terror, a trapaça. Publicado em 18 fev. 2015. Disponível em <<http://bit.ly/1MIL1Bk>>. Acesso em 22 jul. 2015.
- UNAIDS. **How AIDS changed everything**. MDG 6: 15 years later, 15 lessons of hope from the AIDS response. 2015. Disponível em <<http://bit.ly/1CBLaGG>>. Acesso em 22 jul 2015.
- 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.
- VAN LOON, J. **Risk and Technological Culture**: towards a sociology of virulence. London: Routledge, 2002.
- VAZ, P. **Risco e Justiça**, 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/1rBeo0P>>. Acesso em: 23 set. 2014.

VAZ, P.; POMBO, M.; FANTINATO, M.; PECLY, G. O fator de risco na mídia. **Interface – Comunic., Saúde, Educ., Botucatu**, v.11, n. 21, p. 145-63, jan./abr. 2007.

ZAVARESE, M. **Contexto histórico da relação entre a imprensa e a biomedicina a partir da invenção da prensa**. Anais do ANPUH – XXII Simpósio Nacional de História – João Pessoa, 2003. Disponível em: <<http://bit.ly/1RTTvfF>>. Acesso em: 23 jul 2010.